

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ALEXANDRE DE ASSIS BUENO

**Temas relevantes da gestão participativa para o processo de
trabalho em enfermagem**

Ribeirão Preto

2012

ALEXANDRE DE ASSIS BUENO

**Temas relevantes da gestão participativa para o processo de
trabalho em enfermagem**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título Mestre em Enfermagem do Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem
Fundamental

Linha de Pesquisa: **Dinâmica da organização
dos serviços de saúde e de enfermagem**

Orientador: Prof^ª Dr^ª Andrea Bernardes

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação
Serviço de Documentação de Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Bueno, Alexandre de Assis

Temas relevantes da gestão participativa para o processo de trabalho em enfermagem. Ribeirão Preto, 2012.

122 f.: il.; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Bernardes, Andrea

1. Enfermagem; 2. Gestão Participativa; 3. Revisão Integrativa.

FOLHA DE APROVAÇÃO

BUENO, Alexandre de Assis

Temas relevantes da gestão participativa para o processo de trabalho em enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: **Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem**

Orientador: Prof^a Dr^a Andrea Bernardes

Aprovado em/...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr _____

Instituição: _____ Assinatura _____

“Tudo posso Naquele que me fortalece”

DEDICATÓRIA

Dedico este momento a Deus, reconhecendo-O como o doador da vida!

Dedico este momento a meus pais, Lázaro (in memoriam) e Otília,
reconhecendo-os como quem me oportunizou esta vida!

Dedico este momento a minha esposa Renata, reconhecendo-a como quem
me mostrou esta possibilidade nesta vida!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Meu Deus, sua misericórdia tem sido constante, me concedendo muito além do que poderia sonhar!

Meu pai, Lázaro (in memorian), continue ao meu lado, me abençoando, de onde quer que esteja! Faltou tão pouco para o senhor estar aqui...

Minha Mãe, Otília, cresci ao seu lado, dia a dia, e nunca vou deixar de amá-la e agradecer por tudo que fez por mim!

Meu amor, Renata, Eu simplesmente não estaria aqui, hoje, sem sua ajuda e presença. Ainda procuro uma forma de agradecer por tudo o que tem feito por nossa família! Eu te amo!

Minha mestra Yolanda Dora Martinez Évora, sua companhia ao meu lado em momentos fundamentais, minha entrada e minha saída, foi um grande estímulo para que eu me dedicasse e me orgulhasse do lugar em que me encontrava. Você é uma referência profissional e me orgulho de ter estado ao seu lado!

Minha mestra Andrea Bernardes, desde 2002 tem me ensinado com paciência e dedicação. Você tem me mostrado os caminhos que podemos percorrer em busca de conhecimento e reconhecimento. Você me mostrou o melhor da enfermagem! Revelou a importância do gerenciamento! Demonstrou o valor do conhecimento! Abriu as portas desta Escola! Você me orientou de forma humanizada... Muito obrigado!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, porque Ele confirmou um desejo de meu coração;

Agradeço a meus pais, Lázaro (in memorian) e Otília, por me preparem para as dificuldades da vida e me capacitaram para enfrentá-las;

Agradeço a minha esposa, Renata, por semear em mim o desejo de crescer me amando como eu sou;

Agradeço a meus filhos, Pedro Vital e Arthur, e a Ana Carolina, Filha Escolhida, pela força que me conduz;

Agradeço a minhas irmãs, Walquíria e Valéria, pelo constante carinho e cuidado demonstrado;

Agradeço ao meu cunhado Pedro, a quem respeito e admiro como um irmão;

Agradeço aos meus sobrinhos, que me trazem tantas alegrias no dia a dia;

Agradeço a meus tios, tias, primos e primas, pelo convívio de família que sempre tivemos e força que esse convívio me deu naquilo que sou;

Agradeço aos meus sogros, Samuel e Josefa, por acreditarem em mim e por tantas orações;

Agradeço aos meus cunhados e sobrinhos Evangelista, por me receberem de coração aberto e pelo amor demonstrado;

Agradeço aos meus professores, pela liberdade alcançada por meio dos ensinamentos que recebi;

Agradeço aos meus amigos e colegas de pós, por embarcarem comigo neste “Expresso dos Sonhos”.

RESUMO

BUENO, A.A. Temas relevantes da gestão participativa para o processo de trabalho em enfermagem. 2012. 122f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

A sociedade, em suas múltiplas dimensões, tem estado em constante construção de uma nova realidade. Valores, ideias e paradigmas se alternam em “des” e “reconstrução” daquilo que a sustenta e norteia. A Reforma Sanitária se torna um movimento específico, porém contextualizado num processo de redemocratização política da sociedade brasileira. Esse movimento, além de representar uma luta específica pelo modelo de atenção à saúde, também é parte de uma totalidade, uma vez que consolidava, na saúde, os direitos democráticos debatidos por diversos setores da sociedade brasileira. A busca por um novo desenho do cuidado da saúde pela sociedade se dá a partir dos princípios e diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde, uma vez que estes, além de garantir um novo modelo de atenção, possibilitariam as bases para um modelo de gestão mais participativo que daria condições de continuidade deste movimento. Nesse contexto, a enfermagem carece de um processo de atualização em seus conceitos e arranjos. Precisa permitir que as transformações sociais colaborem na construção do perfil profissional que se necessita para que se garanta a “continuidade” no processo natural de mudanças das políticas públicas que requerem, dentre outras, “flexibilidade e criatividade” por parte dos trabalhadores. Este estudo teve como objetivo analisar a Gestão Participativa, no contexto do Sistema Único de Saúde, à luz das evidências científicas, visando a identificação de categorias relevantes na construção do processo do trabalho em enfermagem. Para atender aos objetivos deste estudo, foi realizada a revisão integrativa da literatura existente que proporcionou um aprofundamento no conhecimento dessa temática e deu condições para o desenvolvimento de um conceito próprio. A leitura dos artigos selecionados seguiu a proposta da análise temática de conteúdo, segundo Minayo, e alguns temas emergiram da leitura, de modo que eles representam alguns aspectos importantes do Trabalho em Enfermagem no contexto da Gestão Participativa. Desta forma, identificou-se os seguintes temas nas amostras selecionadas: Reorientação da Prática Assistencial, Sobrecarga de Trabalho, Gestão Ética, Participação, Liderança, Administração de Conflitos, Qualificação Profissional, Formação Política e Flexibilização das Relações. Conclui-se que a enfermagem necessita de uma reorientação sistemática de seu processo de trabalho de modo que possa se alinhar com a política pública da Gestão Participativa e alcançar os benefícios desta gestão no perfil de seus trabalhadores.

Palavras-chave: Enfermagem, Gestão Participativa, Sistema Único de Saúde, Revisão Integrativa

ABSTRACT

Bueno, A.A. Relevant themes to evaluation of participative management in the work process in nursing. 2012. 122f. Dissertation (Master Degree). Ribeirão Preto College of Nursing at University of Sao Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The society, in its multiple dimensions, has been in constant construction of a new reality. Values, ideas and paradigms alternate in "des" and "reconstruction" of what sustains and guides. The Sanitary Reform becomes a particular movement, but contextualized in a process of political democratization of Brazilian society. This movement represents a struggle for specific model of health care and is also part of a totality, since consolidated in health, democratic rights debated by various sectors of Brazilian society. The search for a new design of health care by society starts from the fundamental principles and guidelines of the Unified Health System, since these, in addition to ensure a new model of care, would allow the foundation for a more participatory management model which would enable the continuation of this movement. In this context, nursing lacks a process to update its concepts and arrangements and needs to allow social change to collaborate in building the profile that is needed to ensure the "continuity" in the natural process of changing public policies that require, among other things, "flexibility and creativity" by workers. This study aimed to analyze the participatory management in the context of the Unified Health System, in light of the scientific evidence for the identification of relevant categories in the construction process of nursing work. To meet the objectives of this study, we performed an integrative review of existing literature that provided a deeper knowledge of thematic and gave conditions for the development of a specific concept. The reading of the articles followed the proposal of thematic content analysis, by Minayo, and some themes emerged from the reading, so that they represent some important aspects of nursing work in the context of Participatory Management. Thus, we identified the following themes in the selected samples: Reorientation of Care Practice, Work Overload, Ethics Management, Participation, Leadership, Conflict Management, Professional Qualification, Political Education, and Flexibilization of the Relations. It is concluded that nursing requires a systematic reorientation of their work process, so that it can align itself with the public policy of participatory management and achieve the benefits of this management in the profile of their workers.

Key words: Nursing, Participatory Management, Integrative Review, Unified Health System.

RESUMEN

Bueno, A.A. Temas relevantes del gestión participativa para el proceso de trabajo en enfermería. 2012. 122f. Tesis (Maestría). Ribeirão Preto de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo, Ribeirão Preto, de 2012.

La sociedad en sus múltiples dimensiones, ha estado en constante construcción de una nueva realidad. Valores, ideas y paradigmas alternativos de "des" y "reconstrucción" de lo que sostiene y guía. La reforma de la salud se convierte en un movimiento particular, sino contextualizado en un proceso de democratización política de la sociedad brasileña. Este movimiento, además de representar una lucha en particular para el modelo de atención de la salud, también es parte de un todo, una vez consolidada, la salud, los derechos democráticos debatidas por los distintos sectores de la sociedad brasileña. La búsqueda de un nuevo diseño de la atención de la salud de la sociedad parte de los principios fundamentales y las directrices del Sistema Nacional de Salud, ya que éstos, además de asegurar un nuevo modelo de atención, permitiría a las bases de un modelo de gestión más enfoque participativo que permita la continuación de este movimiento. En este contexto, la enfermería carece de un proceso para actualizar sus conceptos y arreglos. Necesidad para permitir el cambio social para colaborar en la construcción del perfil que se necesita para asegurar que la "continuidad" en el proceso natural de cambio de las políticas públicas que requieren, entre otras cosas, la "flexibilidad y la creatividad" de los trabajadores. Este estudio tuvo como objetivo analizar la gestión participativa en el contexto del Sistema Único de Salud, a la luz de la evidencia científica para la identificación de las categorías relevantes en el proceso de construcción del trabajo de enfermería. Para cumplir con los objetivos de este estudio, se realizó una revisión integradora de la literatura existente que proporciona un conocimiento más profundo de este tema y ha dado las condiciones para el desarrollo de un concepto en sí mismo. La lectura de los artículos ha seguido la propuesta de análisis de contenido temático, Minayo, y algunos temas surgieron de la lectura por lo que representan algunos aspectos importantes del trabajo de enfermería en el contexto de la gestión participativa. Por lo tanto, hemos identificado los siguientes problemas en las muestras seleccionadas: Re-Care Practice, sobrecarga de trabajo, la ética de gestión, participación, liderazgo, manejo de conflictos, formación profesional, formación y flexibilidad para la Política Exterior. Se concluye que la enfermería requiere una reorientación de su proceso de trabajo sistemático para que pueda alinearse con la política pública de la gestión participativa y alcanzar los beneficios de esta gestión en el perfil de sus trabajadores.

Descriptores: Enfermería, Gestión Participativa, Sistema Nacional de Salud, Revisión Integradora .

LISTA DE ABREVIATURAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
Cienc Cuid Saude	Revista Ciência, Cuidado e Saúde
IAs	Instrumentos Administrativos
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
Rev APS	Revista da Atenção Primária em Saúde
Rev Esc Enferm USP	Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Rev. enferm. UERJ	Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
RH	Recursos Humanos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01-	Amostragem da revisão integrativa. Ribeirão Preto, 2012	57
Figura 02-	Relação das Políticas Públicas com o desenvolvimento regional...	83
Figura 03-	Espiral do conhecimento da Gestão Participativa, segundo a Análise Temática, Ribeirão Preto, 2012	105
Quadro 01-	Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, segundo ano de publicação dos artigos, periódico, tipo de estudo, instituição e base de dados, Ribeirão Preto, 2012	62
Quadro 02-	Distribuição das amostras segundo o vínculo com o serviço de saúde, Ribeirão Preto, 2012	63
Quadro 03-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012	64
Quadro 04-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012	65
Quadro 05-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012	66
Quadro 06-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012	67
Quadro 07-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012	68

Quadro 08-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 201269
Quadro 09-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 201270
Quadro 10-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 201271
Quadro 11-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 201272
Quadro 12-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 201273
Quadro 13-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 201274
Quadro 14-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 201275
Quadro 15-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 201276

Quadro 16-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 201277
Quadro 17-	Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação das categorias temáticas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 201278
Quadro 18-	Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, segundo ano de publicação dos artigos, periódico, tipo de estudo, instituição e base de dados, Ribeirão Preto, 201281
Quadro 19-	Distribuição das amostras segundo o vínculo com o serviço de saúde, Ribeirão Preto, 201286
Quadro 20-	Subtemas encontrados nas amostras selecionadas, Ribeirão Preto, 2012.89
Quadro 21-	Temas centrais identificados nas amostras selecionadas, Ribeirão Preto, 2012.90

LISTA DE TABELAS

Tabela 01-	Distribuição dos estudos localizados e selecionados segundo os descritores controlados e não controlados na base de dados Lilacs, Ribeirão Preto, 2012	54
Tabela 02-	Distribuição dos estudos localizados e selecionados segundo os descritores controlados e não controlados na base de dados Medline Ribeirão Preto, 2012	55
Tabela 03-	Distribuição dos estudos localizados e selecionados segundo os descritores controlados e não controlados na base de dados ProQuest, Ribeirão Preto, 2012	56

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Sociedade em Reforma.....	19
1.2 Saúde em Reforma	20
1.3 Sistema em Reforma.....	22
1.4 Cidadania em Reforma	27
1.5 Significado do Trabalho em Saúde.....	28
1.6 Trabalho em Saúde no Modelo Hegemônico	29
1.7 Gestão do Trabalho em Saúde em Reforma	32
1.8 Trabalho em Enfermagem	34
2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	38
3. REFERENCIAL TEÓRICO	40
4. OBJETIVOS	45
4.1 Objetivo Geral	46
4.2 Objetivos Específicos	46
5. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	47
6. PROBLEMA DE PESQUISA	49
7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE ARTIGOS (SELEÇÃO DE AMOSTRA)	51
8. INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	58
9. AMOSTRAS SELECIONADAS	60
10. RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
12. REFERÊNCIAS	110
13. APÊNDICE	121

1. INTRODUÇÃO

A sociedade, em suas múltiplas dimensões, tem estado em constante construção de uma nova realidade. Valores, ideias e paradigmas se alternam em “des” e “reconstrução” daquilo que a sustenta e norteia. Por meio de movimentos, reformas e revoluções buscam mudanças, adaptações e conversões dos rumos que a sociedade tem tomado e dos seus princípios e diretrizes.

Durante o Regime Militar, tinha-se a impressão de que o Brasil permanecia estagnado quanto ao seu desenvolvimento intelectual e crítico. Tinha-se a sensação de que as lutas sociais não redundariam em vitórias significativas. Talvez, essa fosse a mensagem objetiva que o regime transmitia às pessoas e para alcançar esse fim, os movimentos sociais “*eram escamoteados ou perdidos com golpes de Estado e implantação de regimes autoritários*” (STOTZ, 2003, p. 25).

A opressão era uma constante na sociedade brasileira e manifestava-se em todos os seus níveis. Assim, os núcleos representativos de poder, na sociedade, refletiam o modelo hegemônico e se caracterizavam, principalmente, pela centralidade de poder. A autoridade tinha que ser imposta e se reproduzir nas relações sociais a fim de que se garantisse sua manutenção.

Para tanto, a manifestação pela opressão, pelo controle, pelo domínio de uns sobre os outros, se reproduzia em cascata alcançando o nível social, organizacional, profissional, familiar e individual caracterizando, predominantemente, as relações interpessoais com traços arbitrários e verticalizados.

O poder tinha que ser concentrado, se possível, personificado, a fim de que pudesse ser irradiado de modo hierárquico, subjugando a individualidade e, conseqüentemente, os papéis desempenhados pela sociedade. Desta forma, o poder se apresentava como um privilégio de poucos e não passível de questionamento.

Assim, a sociedade se dividia entre dominantes e dominados. Em cada relação que se construía, se definia aquele que personificaria o poder. Estado e povo; patrão e empregado; censura e artes; professor e aluno; pais e filhos; homem e mulher. De modo que aquele que detinha o poder, em seu contexto, poderia criticar, proibir, coibir, agredir, violentar e assim por diante.

O modelo determinante da organização na saúde reproduz o paradigma social. Conseqüentemente, os arranjos nas relações refletem, de maneira diretamente proporcional, as características de dominação presente na sociedade. Desta forma, o modelo hegemônico estabelece uma estrutura hierárquica centralizada no profissional médico e situa o usuário na

periferia do sistema, reforçando a “supremacia/dominação do poder do profissional sobre a saúde do usuário” (MORETTI-PIRES, 2009, p. 154).

No cotidiano do trabalho de enfermagem no hospital identifica-se que, em diversas situações, existem dificuldades nas relações de trabalho, tanto dentro da equipe de enfermagem como dessa com outras equipes profissionais, denotando conflitos e disputas que envolvem questões de autonomia e poder dos agentes. As enfermeiras, com frequência, relatam problemas advindos da pouca autonomia que têm no desempenho do trabalho e na tomada de decisões, atribuindo-os à indefinição de papéis da enfermeira e à submissão ao médico, pelo poder hegemônico que esse detém na equipe de saúde (LIMA, 1999, p. 87).

1.1 Sociedade em Reforma

Enquanto o “poder legítimo” da ditadura permanecia aparentemente inquestionável e reproduzido pela própria sociedade, um paradigma sócio-político alternativo se formava nos seus bastidores e buscava uma oportunidade para que pudesse ser apresentado.

Na realidade, o próprio movimento brasileiro estava inserido num processo de globalização da democracia em substituição dos regimes totalitários, principalmente na América Latina. Desta forma, “o processo brasileiro empolgou a sociedade e mobilizou grupos sociais, partidos políticos e entidades civis” (CORDEIRO, 2001, p. 319).

Na medida em que a insatisfação permeava as diversas camadas da sociedade, a mesma retornava na forma dos movimentos sociais, que buscavam condições favoráveis para a redefinição de seus valores e papéis. Movimentos feministas, fortalecimento dos sindicatos, reforma sanitária, diretas já, dentre outros, passavam a representar as insatisfações coletivas encorajando outros a que revissem sua própria condição e suas reais necessidades.

No caso brasileiro, não se buscava a troca do personagem que representasse o poder. As manifestações focavam no modelo e não no sujeito. Buscou-se um novo paradigma que incluísse, que aceitasse, que respeitasse, que valorizasse o indivíduo em toda a plenitude de sua vida, com sua potencialidade, valores, crenças e saberes.

Democracia e cidadania foram as palavras que passaram a ditar o ritmo e rumo das mudanças a serem operacionalizadas na sociedade. A expectativa passou a ser de

consolidação de “*um sistema político pautado no desenvolvimento de uma cultura política que promova valores e hábitos democráticos como a participação, a confiança e a cooperação*” (AMORIM, 2007, p. 366).

A saúde, enquanto ciência e política, não estava dissociada da sociedade neste momento.

As iniciativas de reformas de saúde fizeram parte deste período, agregando-se às lutas da redemocratização do país, às lutas pela universalização do direito à saúde e às estratégias de municipalização e de participação social no sistema de saúde (CORDEIRO, 2001, p. 3).

Inclusive, alguns escritores afirmam que um grande número dos aliados do movimento da reforma sanitária tinha motivações políticas e o campo da saúde foi utilizado como uma alternativa no enfrentamento à ditadura, agregando de maneira muito sólida o tema saúde e democracia (CAMPOS, 2007).

1.2 Saúde em Reforma

A Reforma Sanitária se torna um movimento específico, porém contextualizado num processo de redemocratização política da sociedade brasileira. Esse movimento, além de representar uma luta específica pelo modelo de atenção à saúde, também é parte de uma totalidade, uma vez que consolidava, na saúde, os direitos democráticos debatidos por diversos setores da sociedade brasileira. (STOTZ, 2003; FEUERWERKER, 2005; MACHADO et al., 2007).

Desde o período anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS), alguns de seus integrantes, armados com os conceitos de medicina comunitária, educação popular e atenção primária à saúde, priorizavam intervenções locais. Assim, “*foi desenvolvida a estratégia de aproximar-se da base social do país, sindicatos, organizações de bairro e de comunidades urbanas e rurais*” (CAMPOS, 2007, p. 1868).

As discussões acerca dessa pretendida reforma se dá no âmbito das universidades, mas passa a alcançar outras unidades representativas da sociedade à medida que seus conceitos vão sendo pulverizados. Esses debates priorizam os temas relacionados à saúde no contexto

da universalização e equidade, para que se estabeleça uma base para a reforma de todo o sistema vigente (SANTOS, 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde torna-se o marco da Reforma Sanitária, por ter sido a oportunidade de discussão e divulgação pública de conceitos, princípios e diretrizes que fundamentariam o novo Modelo de Atenção à Saúde do Brasil e que fora construído em silêncio ao longo de anos de opressão. Seu reconhecimento e legalização se consolidam no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como referência a Constituição Brasileira de 1988, que o coloca como modelo e fundamento para que a assistência à saúde seja ordenada de acordo com o novo paradigma em que o Estado se compromete com o dever de atender um direito do cidadão: a saúde (SCHERER, 2005).

Conseqüentemente, este evento, oferece à sociedade brasileira um novo paradigma de modelo de atenção à saúde, conduzindo-o de uma atenção curadora a uma ação, primordialmente, de prevenção e promoção, sem a exclusão da primeira. A construção deste novo modelo estaria fundamentada por um novo referencial, sendo sua orientação pautada pelas diretrizes constitucionais da descentralização, atendimento integral e participação popular (FEUERWERKER, 2005; CAMPOS, 2007; FRANZESE et al, 2009; COHN, 2009).

A Constituição de 1988 é tanto um ponto de chegada como um ponto de partida para a reforma das políticas públicas no Brasil. Ponto de chegada por atender às pressões por maior participação e controle social nas decisões públicas e concretizar um processo de redemocratização do país. Ponto de partida, uma vez que ela estabelece princípios e diretrizes que garantem mecanismos de participação social, quer na transparência das ações públicas, quer no controle dos recursos públicos (FRANZESE et al, 2009).

Com origem na palavra latina *principium*, a palavra princípio tem uma relação com a origem de algo, com aquilo que é primeiro, principal. Mas, seu sentido hermenêutico amplia o etimológico, de modo que princípio passa a representar não somente a origem como também o objetivo final. Eles assumem uma função de vetores. Assim, os princípios remetem à ideia de solidez, disciplina e rumo (BORGES, 2010).

Aurélio (2012) define diretriz como linha onde se trace um plano, uma linha por onde se faça correr outra linha. Assim, a diretriz se refere ao caminho a ser percorrido. Está relacionada com a construção em si.

A Constituição Brasileira de 1988, ao apresentar os princípios e diretrizes essenciais na construção da democracia e no resgate da cidadania, permite a lembrança da condição em que se estava anteriormente, aponta o objetivo que precisa ser buscado e, ainda, revela o caminho que se deve trilhar. Assim, entende-se que “*princípios e diretrizes são importantes*

para compor imaginários utópicos e indicar novos rumos e objetivos para a política” (CAMPOS, 2005, p. 398).

Na saúde, a percepção da falência do seu modelo de atenção e gerencial se dá pela inoperância do sistema frente à demanda e a insatisfação generalizada dos usuários quanto ao serviço prestado. A busca por um novo desenho do cuidado da saúde pela sociedade se dá a partir dos princípios e diretrizes fundamentais do SUS, uma vez que estes, além de garantir um novo modelo de atenção, possibilitariam as bases para um modelo de gestão que daria condições de continuidade deste movimento.

Evidentemente que a ação pontual de se promulgar a Constituição de 1988, com a consequente implantação do SUS, não concretizou, de igual modo pontual, todos os seus ideais. Cabe ressaltar que a Reforma Sanitária ao ser denominada de Movimento, se relaciona de maneira clara com um *continuum* de desenvolvimento, articulação, integração, capacitação, isto é, contínua mudança e transformação em direção à saúde integral (SANT’ANNA, 2010). Essa ideia de movimento indica que

[...] a efetivação dos mecanismos de participação da sociedade é um processo ainda em construção, que envolve questões como consciência política, exercício da cidadania e de construção da democracia. Requer, para tanto, a participação de todos os protagonistas desse processo (GUIMARÃES et al, 2010, p. 02).

1.3 Sistema em Reforma

Os princípios e diretrizes do SUS representam a essência de um movimento que se caracterizou pela busca constante por uma participação maior da comunidade nas decisões e controle das políticas públicas.

Esses princípios emergem deste movimento numa representação nominal dos ideais e valores defendidos pela Reforma. Mesmo não sendo homogêneo, o movimento sanitário consegue estabelecer um consenso em torno dos princípios e diretrizes que deveriam orientar a participação do Estado nas questões relativas à saúde (MATTOS, 2009).

O artigo 198 da Constituição da República de 1988 apresenta como diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 apresenta, por sua vez, os princípios que fundamentam as ações do SUS e que são: universalidade; integralidade; autonomia; igualdade da assistência à saúde; direito à informação sobre sua saúde e do potencial dos serviços de saúde; utilização da epidemiologia na organização dos serviços de saúde; participação da comunidade; descentralização; integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; resolutividade e organização dos serviços evitando a duplicidade (BRASIL, 1990).

Fundamentalmente, os princípios e diretrizes do SUS se tornam determinantes para que o Sistema de Saúde nacional seja Único em todo o seu território, uma vez que eles determinam uma forma de organização e uma doutrina que se relaciona e interage com as peculiaridades e determinações locais. Essa doutrina é representada pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade que fundamentam política e filosoficamente o SUS, tornando-se o seu núcleo comum (SERAFIM, 2005).

A relevância de tais princípios é reforçada no momento em que se observa o artigo 196 da Constituição de 1988 e se percebe sua associação à abordagem inicial da saúde enquanto um dever do Estado e um direito do cidadão.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DE 1988, artigo 196, p. 33, grifo nosso).

Por essa razão, faz-se necessário uma consideração específica dos princípios doutrinários supracitados, uma vez que eles justificam a incorporação das diversas políticas públicas que foram acrescentadas à dinâmica do SUS posteriormente.

- **Universalidade**

A lei 8080/90 traz de maneira sucinta o conceito deste princípio ao afirmar que o acesso aos serviços de saúde deve ser universal em todos os níveis de assistência.

Portanto, universalizar é garantir atenção à saúde a qualquer cidadão, por parte do sistema. Ela trata da justiça social e faz a relação entre os direitos que ela garante e como a oferta deles está sendo realizada. É nela que o direito à saúde se fortalece como direito de cidadania (BAHIA, 2009).

Historicamente, a universalização acrescenta à população um direito que era restrito. Desde as Caixas de Aposentadorias até o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, com suas diversas políticas, sempre o direito aos serviços de saúde foram excludentes. O SUS busca alterar esta abordagem e perspectiva tornando o acesso universal garantido e o seu conceito, ampliado. Assim, o direito ao acesso passa do caráter meritocrático para o democrático (MARQUES, 2007).

O termo universal começa a ser utilizado não somente como referência ao acesso no sentido quantitativo, mas também à sua qualidade. A disponibilidade do serviço representa o primeiro passo deste movimento que agora busca qualificar este acesso, de modo que possa atender às necessidades daquele que busca a atenção. Deste modo, a consideração do acesso passa a ser relacionado com o acolhimento, uma vez que eles se completam e se complementam (SOUZA et al, 2008).

Portanto, qualquer referência a acesso universal, atualmente, deve incluir tanto a acessibilidade ao serviço quanto a utilização deste, isto é, a estrutura e o processo na construção do cuidado devem ser considerados ao ser tratada a universalidade (BRASIL, 2010).

Decorrente desta abordagem, tem se agregado ao princípio da universalização o conceito de focalização. O direito à saúde continua sendo universal quanto ao acesso, mas focalizado quanto às necessidades. A universalização-focalizada considera as desigualdades socioeconômicas e procura superá-las mediante uma ação específica (KERSTENETZKY, 2008; MAURIEL, 2010).

Conceitos que se apresentam como contraditórios inicialmente, tornam-se complementares na medida em que se detêm num olhar mais crítico. Na medida em que se incluem todos, torna-se fundamental para uma resolutividade eficaz um olhar focalizado, contextualizado nas necessidades específicas e individuais. Esse olhar conduz, de forma natural, ao princípio da equidade.

- **Equidade**

Tem sua origem no latim *aequitas*, possuindo a mesma raiz de igual (*aequus*). Seu sentido hermenêutico faz um paralelo com justiça, a ponto de se confundirem em determinadas situações. Apresenta uma condição em que existe uma tendência, constante e eficaz, de se tratar alguém, com o uso de todos os recursos disponíveis, para torná-la perfeita e feliz (PLÁCIDO E SILVA, 1998).

Ao contextualizar-se o parágrafo acima no sentido constitucional e atribuir um paralelo na prática esperada do SUS, naturalmente, a tendência constante e eficaz é associada à condição estabelecida legalmente pela Constituição de 1988 e pela Lei 8080. São elas que servirão de pano de fundo para esta situação. Essas leis garantem uma condição permanentemente favorável para a Equidade. Os recursos disponíveis são aqueles que compõem o Sistema Único de Saúde em todos os níveis de complexidade. E, por último, a condição perfeita e feliz pode ser comparada ao resultado esperado com a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Importante notar que a palavra equidade não consta na lei. Encontram-se expressões como “acesso igualitário” e “igualdade da assistência”, que poderiam indicar uma aplicação mais restrita, mas devido à sua contextualização, tem seu sentido hermenêutico ampliado. Consequentemente, o princípio da equidade extrapola sua relação original referente ao acesso aos serviços de saúde para se tornar um princípio orientador das políticas públicas sociais (SCOREL, 2001).

Nesse sentido é que a equidade passa a nortear as políticas públicas objetivando a produção da assistência a partir da justiça social, introduzindo “*uma discriminação positiva, tratando desigualmente os desiguais*” (RONCALLI, 2010, p. 27).

Essa discriminação positiva acontece no momento em que se busca reverter o quadro de inequidade social característica da população brasileira. Assim, a equidade se torna um alicerce, uma base segura nas situações em que a vulnerabilidade social expõe um indivíduo, uma família e/ou uma comunidade a mais riscos que outra (CHIEFFI, 2009).

Neste contexto, este princípio inclui o sentido de que todo cidadão é igual perante o SUS, mas amplia o conceito de igualdade ao individualizar o usuário de acordo com suas necessidades. Portanto, a equidade se torna uma base ética para os processos decisórios para a alocação de recursos (GARRAFA, 2009).

Garrafa et al (2009, p. 4) resume bem este conceito ao afirmar que “*equidade significa a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um a partir de suas diferenças*”. E ainda acrescenta que “*ela é o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais*”.

A igualdade é a consequência desejada da equidade, sendo esta o ponto de partida para aquela. Ou seja, é somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade. A igualdade não é mais um ponto de partida ideológico que tendia a anular as diferenças. A igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos e onde o próximo passo é o reconhecimento da cidadania (GARRAFA et al, 2009, p. 8).

- **Integralidade**

A integralidade é outro princípio doutrinário que fundamenta este novo modelo de atenção. Por integralidade, entende-se um princípio que orienta ações e políticas na organização dos serviços e prestação de cuidados que atendam à demanda e necessidades da comunidade, na efetivação de um modelo que promova, previna e cure.

Cuidado integral é resultado da relação estabelecida entre política, serviços, profissionais e quaisquer fatores que possam definir o cuidado, redefinindo fazeres e saberes que incorporem a subjetividade e a singularidade como característica dessa práxis. Deste modo, mesmo se tratando de uma saúde coletiva, o olhar recai sobre o indivíduo em todas as suas dimensões, pois o sistema passa a estar centrado no seu cuidado, na sua realidade (SILVA et al, 2008).

A abordagem da saúde coletiva amplia seu alcance uma vez que a comunidade ainda é vista em um contexto paralelo ao do indivíduo e podendo interferir sensivelmente na sua saúde. Mas, de certa forma, o indivíduo também passa a ser o contexto de análise para compreensão da realidade da comunidade. Aquilo que é integral não está dividido.

Se por um lado a dimensão do cuidado é ampliada pelo princípio da integralidade, a própria integralidade é resultado de um conceito ampliado de saúde. Um conceito que extrapola as ações curativas com a inclusão da abordagem preventiva e promocional em saúde. Portanto, cuidado integral está relacionado com promoção da saúde e incorpora ações multiprofissionais, multissetoriais, adequadamente articuladas, de modo que satisfaça a múltipla natureza do ser humano (MALTA et al, 2009; SILVA et al, 2008).

“Este novo paradigma permite a ruptura dos limites do setor saúde, incorporando, desta forma, a interdisciplinaridade como campo de conhecimento e a intersetorialidade como campo de prática” (TANAKA et al, 2009,p. 478).

Talvez, mais do que permitir, ele exige esta ruptura, uma vez que o núcleo específico do cuidado em saúde não atende a todas as necessidades do ser humano e, conseqüentemente, não pode se responsabilizar exclusivamente pela definição da qualidade de vida, tanto individual quanto coletiva. Conseqüentemente, o cuidado integral afeta diretamente a forma de se produzir este cuidado, de modo que se torna inevitável a inclusão dos diversos saberes da saúde para que se satisfaçam as necessidades requeridas pelo olhar integral.

Ressalta-se que o atendimento integral não acontecerá pela simples presença das diversas disciplinas, uma vez que ainda poderão se organizar numa somatória de saberes específicos, atuando na disposição de uma linha de montagem. A integralidade pressupõe uma

articulação desses saberes de modo que impacte o processo de trabalho na construção de cuidar mais solidário centrado no usuário numa perspectiva holística (CECÍLIO, 2003).

1.4 Cidadania em Reforma

Se a saúde tem buscado um desenho para seu modelo de atenção fundamentado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, toda a sua estrutura necessita estar funcionando em consonância com o modelo desejado.

A partir do momento em que a Constituição garante a saúde como um direito de cidadania, o fundamento para o seu desenvolvimento se estabelece a partir dos princípios constitucionais e democráticos, estabelecendo um movimento contínuo, articulado e dinâmico entre eles, provocando uma expansão permanente de seus significados e aplicações (FEUERWERKER, 2005; COSTA et al, 2006).

Portanto, os princípios do SUS permitem e propiciam um espaço de criação conjunta da saúde numa articulação entre todos seus agentes interessados. Fleury (1997) afirma que:

Embora assumindo significados diversos ao longo do tempo, a que corresponderam padrões distintos de práticas sociais, o tema da participação esteve constantemente presente na retórica e na prática do movimento sanitário, atestando a íntima associação entre o social e o político que, no Brasil, tem caracterizado a agenda reformadora da saúde (p.93).

A interação entre setores da sociedade que possuem um mesmo objeto de interesse acontece em outras áreas. Se a participação/controle social tem se fortalecido, mediante múltiplas formas de atuação, como movimentos populares, entidades de classe, sindicatos, governo, entidades jurídicas, prestadores de serviço, entre outros, a presença desse cidadão no planejamento e tomada de decisão também têm sido cada vez mais marcante, evidenciando uma construção contínua do exercício da democracia, culminando com um novo modelo político e social e, nesse sentido, o cidadão torna-se o centro do processo de elaboração e avaliação das ações nos serviços de saúde (ASSIS et al, 2003).

Tais situações representam conquistas de uma sociedade pós-ditadura que busca o estabelecimento da democracia em toda a sua complexidade e funcionalidade, fortalecendo o

sentido e a expressão da palavra cidadão em todo o contexto social e individual, estabelecendo, definitivamente, na sociedade brasileira a chamada “democracia participava”.

Tenório (2009) afirma que:

A democracia participativa nos termos da Constituição Federal de 1988 é, portanto, entendida como elemento intrínseco do Estado Democrático de Direito, processo de convivência social numa sociedade livre, justa e solidária (Art. 3º, II), em que o poder emana do povo e deve ser exercido em proveito do povo, diretamente ou por representantes eleitos (Art. 1º); participativa, porque envolve a participação crescente do povo no processo decisório e na formação dos atos de governo (p. 152).

Nessa perspectiva, torna-se inevitável o fortalecimento do Estado, da política e da cidadania, uma vez que essa participação social enaltece o papel do indivíduo enquanto agente fundamental nos processos decisórios. Conseqüentemente, há um favorecimento da “eficácia política”, exercício da cidadania, estabelecimento da democracia e garantia dos direitos previstos na Constituição, dentre outros, uma vez que “a noção de cidadania remete à cristalização dos direitos civis, políticos e sociais, caracterizando uma situação de inclusão e de pertencimento dos cidadãos à comunidade política” (AMORIM, 2007, p. 368).

Na medida em que o indivíduo vivencia a democracia, seus valores passam a ser incorporados e interpretados para todas as áreas de sua vida. Seus questionamentos ampliam na medida em que amplia sua liberdade. Ao sentir novas possibilidades em uma área de sua vida, passa a não entender o porquê não poder senti-las na sua vida como um todo, inclusive no trabalho.

1.5 Significado do Trabalho em Saúde

Identifica-se que a interação do trabalhador da saúde com a organização a que está vinculado tornou-se uma oportunidade e uma necessidade de ambos os lados na formação de um ambiente em que palavras como representatividade, comunicação, autonomia, responsabilidade, dentre outras, teriam um significado mais abrangente (CECÍLIO, 2010).

Tal conceito se fortalece no momento em que se considera o trabalho em sua representação social. “Nessa relação, destaca-se a associação relacionada ao trabalho que,

na vida do homem, cumpre as finalidades essenciais de reprodução social e de expressão, como sujeito” (BECK et al, 2009, p. 115).

Assim, por reprodução social se entende como a busca de satisfazer as necessidades dos trabalhadores a partir dos recursos materiais advindos do trabalho. Mas, que necessidades são estas? Ou ainda, de quem são essas necessidades? A reprodução social a partir do trabalho como valor de troca com o capital ainda se apresenta na perspectiva da aparência e do culto ao fútil (ANTUNES, 2010).

Além da reprodução social, Beck et al(2009) citam a expressão do sujeito que se refere à satisfação de suas potencialidades, capacidades, dos valores subjetivos. Frequentemente, é no trabalho que o indivíduo encontra oportunidade de demonstrar suas habilidades e de estabelecer relações. Desta forma, muitas vezes, é no trabalho que o sujeito encontra sua identidade (BECK et al, 2009).

Assim, quando se contextualiza o significado do trabalho numa sociedade em reforma, torna-se imprescindível direcionar o olhar para os processos de trabalho constituídos no intuito de identificar se as reformas têm alcançado o núcleo do sistema, ou se têm permanecido na periferia de sua organização.

1.6 Trabalho em Saúde no Modelo Hegemônico

A construção do modelo gerencial adotado nas instituições de saúde ocorre a partir da evolução da própria Administração enquanto ciência, de modo que seus fundamentos são paralelos aos fundamentos das teorias administrativas.

“A revolução industrial introduz um novo modo de produzir que inclui, dentre outras características, o trabalho coletivo, a perda do controle do processo de produção pelos trabalhadores e a compra e venda da força de trabalho” (MATOS, 2005, p.509).

Esse período de industrialização foi fundamental para o estabelecimento das bases teóricas no campo da administração. As escolas que surgiram neste período continuam influenciando o modo de fazer administração até os dias de hoje (SANTOS et al, 2011). Elas compõem a Teoria Geral da Administração e seus principais representantes são Frederick Taylor, Henri Fayol, Max Weber e Elton Mayo.

O taylorismo se caracteriza por uma racionalidade do trabalho a partir dos estudos acerca das tarefas a serem executadas. Essas tarefas devem ser consideradas como

determinantes do trabalho a ser executado e das relações a serem estabelecidas. Estabelecendo a tarefa como variável de controle, todos os demais componentes do trabalho passam a ser impostos por ela, sendo assim não passíveis de negociação.

O processo gerencial centrado nas tarefas busca o aumento da produção por meio da diminuição da ociosidade e controle absoluto da atividade do trabalhador. Conseqüentemente, este foco na produtividade, por meio do controle rigoroso das atividades e da economia do tempo conduz o trabalhador a uma alienação, uma vez que o mesmo passa a ter pouco interesse e pouca atuação em outras áreas além do trabalho e do acúmulo de capital (MASSI, 2011).

Enquanto o taylorismo fragmentava a produção, Fayol dá ênfase em todo o processo na organização. Ele destaca as partes, define cada uma delas, mas sempre contextualizando-as no todo. Tais divisões tem o objetivo de se conhecer os processos e de se obter o controle sobre cada um deles.

Para tanto, a estrutura da organização é desenhada no sentido verticalizado numa representação de níveis hierárquicos e de distribuição de poder relativo ao nível especificado. O ato de administrar representa uma seqüência em que se estabelecem os acontecimentos de forma linear, permitindo o controle de todas as etapas e sobre todos os resultados, alcançando a máxima eficiência (ROSA, 2011).

Uma releitura de Fayol tem permitido a alguns autores uma nova abordagem de sua obra, de modo que ele tem sido apresentado “*como um executivo dotado de flexibilidade, com foco na estratégia, trabalhando dentro de um contexto situacional e antecipando tendências*” (SOUZA, 2011, p. 206).

Já a Teoria da Burocracia aborda algumas dimensões que garantem à “*organização a prevalência da ordem, da disciplina e da total previsibilidade do comportamento de seus trabalhadores na busca da máxima eficiência*” (CHIAVENATO, 2004, p. 44).

A burocracia faz a separação do papel do proprietário e do administrador, valorizando a presença daquele que está apto, preparado para conduzir a organização pela competência técnica de modo que prevaleça na organização a racionalidade em lugar do improvisado.

[...] cada vez mais havia a necessidade de um treinamento especializado nas empresas públicas e privadas, bem como a rotina cotidiana engendrada pela burocracia moderna condicionava as ações sociais tornando-as racionalistas (LOPES, 2011, p. 60).

Com princípios que divergem das Teorias Administrativas anteriores, surge a Abordagem Humanística da Administração a partir da Teoria das Relações Humanas. Novos conceitos são acrescentados nos estudos em administração, como organização informal, liderança, comunicação, motivação, dentre outros. O homem é visto como ser social e o trabalho deixa de ser visto unicamente como forma de acúmulo de capital (CHIAVENATO, 2004).

Sua grande contribuição foi a valorização das relações humanas no ambiente de trabalho de modo que este passa a construir relações mais participativas e, conseqüentemente, o trabalhador desempenha um papel mais dinâmico.

Nesta abordagem, introduziu-se o conceito de grupos informais. Segundo esta escola, os grupos informais caracterizam-se pelos seguintes aspectos: (1) comunicação direta, frequente e intensa entre seus membros; (2) existem interações de vários níveis entre eles; (3) os elementos do grupo possuem interesses comuns ou similares; (4) os componentes do grupo buscam suprir necessidades relativas à segurança, aprovação social, afeto, aceitação etc. e (5) as relações sociais no grupo não são regulamentadas e nem dispõem de organogramas (PALADINI, 2010, p. 02).

Essa Teoria com enfoque humanístico não gerou o impacto esperado nas instituições, de modo que a organização do trabalho em saúde que predomina na realidade brasileira é aquela em que ocorre a alienação no processo de trabalho decorrente da fragmentação das ações e aumento da especialização. Assim, o trabalho se vê organizado de modo que não há espaço para criação, para autonomia. O trabalho é perpetuado pelo estabelecimento de normas, regras, isto é, a reprodução de um procedimento consagrado (MERHY, 1998).

Tal modelo se estabelece pela atribuição desigual de autonomia e responsabilidade aos trabalhadores envolvidos no processo de cuidar de modo que se estabeleça uma hierarquia, e conseqüente sobreposição funcional entre aqueles atores envolvidos no processo de trabalho em saúde.

Os modelos clássicos de gerenciamento influenciaram a administração de recursos humanos em saúde o que, nas últimas décadas, têm levado as organizações a resultados insatisfatórios e ineficientes, pois não respondem as necessidades atuais. A descentralização promovida pela implantação do SUS, no Brasil, as mudanças no modelo assistencial, bem como outros fatores como uso intensivo de tecnologia de ponta, flexibilização das relações de trabalho e outros exigem um gerenciamento voltado para a realidade atual (MATOS, 2006, p. 512).

1.7 Gestão do Trabalho em Saúde em Reforma

Apesar desta característica histórica, modelos de gestão contemporâneos têm sido adotados por diversas instituições na tentativa desta inclusão do trabalhador e do usuário na gestão e organização dos serviços de saúde. Estes modelos de gestão devem responder a uma série de exigências do próprio modelo de atenção adotado pelo SUS.

Neste caminho, (tem-se) proposto a criação de mecanismos, nos serviços de Saúde, que procuram tanto impactar o modo cotidiano de acolher os usuários, quanto produzir responsabilizações entre as equipes e os profissionais, e destes com os usuários, em um movimento combinado de singularização da atenção e publicização da gestão organizacional e do processo de trabalho (MERHY, 1998, p. 06).

Enquanto que a gestão tradicional se caracteriza pela imposição das tarefas a serem executadas ou pela forma como elas devem ser feitas, as gestões contemporâneas buscam o compartilhamento de todas as ações relativas à construção do cuidado e a democratização das relações que se estabelecem nesse processo.

Por isso, a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético política que visa democratizar as relações no campo da saúde (BRASIL, 2009, p. 10).

Tais modelos não se apresentam como novas Teorias Administrativas, mas apresentam diretrizes que, acrescentadas, moldam um novo perfil gerencial que considere a empresa como um organismo vivo e não o trabalhador como uma extensão das máquinas. Assim, o trabalhador em saúde passa a ser visto e se perceber como sujeito deste processo de produção do cuidado e não apenas como instrumento (CAMPOS, 1998; FREIRE, 2010).

Esses modelos gerenciais se fortalecem num momento em que as manifestações, opiniões, participações são valorizadas. Atualmente, a “ordem do dia” é participação, inclusão e quando se encontra alguma referência a palavras como, por exemplo, “controle” é no contexto do “controle social”. Reforçando essa conduta, percebe-se o desuso de palavras como chefe, encarregado, patrão e sua gradativa substituição por gestor, líder, supervisor,

colaborador e outras. Esse olhar gerencial permitirá “fazer com que a tecnoburocracia atue numa perspectiva de funcionário para cidadão-funcionário” (TENÓRIO, 2009, p. 162).

Desta forma, o trabalho em saúde passa a ser organizado sob a ótica do campo de competência, onde se permite a confluência de saberes e responsabilidades das diversas disciplinas da saúde, como que se alargando com a troca de saber e, conseqüentemente, ampliando a cobertura do cuidado e melhorando a assistência oferecida. Assim, tem-se vislumbrado um novo modelo de atenção à saúde que conduza a uma nova proposta da organização do trabalho que atenda às necessidades impostas pelo referido modelo. O efeito, portanto, desta nova ordem se multiplica em cascata permeando todos os agentes e recursos inseridos no planejamento e organização do cuidado.

“Convém ressaltar que, aliada às transformações de caráter organizacional ou político, a humanização do trabalho em saúde implica a ressignificação do saber e da prática em saúde, ou, em um sentido mais amplo, do seu objeto” (TRAD, 2011, p. 1970).

A busca que passa a nortear a organização do trabalho em saúde é no sentido de potencializar o trabalho vivo. Tal busca se concretiza com a garantia de qualificação profissional contínua, multidisciplinaridade e ampliação dos espaços de discussão e tomada de decisão. Conseqüentemente, se efetiva a inclusão do sujeito coletivo na mobilização de forças institucionais a fim de gerar as mudanças necessárias (MERHY, 1997; MALTA, MERHY, 2003).

Fundamentalmente, a gestão proposta para o SUS se estabelece na medida em que reafirma seus princípios e diretrizes. Assim, ela deve reproduzir seus pressupostos básicos, como universalidade, equidade, integralidade e participação social nas relações de trabalho e no cuidado oferecido.

Esta tarefa exige o esforço de desencadear ações de educação em saúde que operem no sentido de ampliar a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Ao mesmo tempo, implica tornar visíveis as mudanças que vêm ocorrendo no SUS, a partir da concepção das equipes multiprofissionais de saúde, da intersetorialidade, da integralidade e do acolhimento (BRASIL, 2009, p. 09).

Uma vez que a participação de todos os sujeitos se estabelece como elemento determinante na organização das práticas de saúde, a assistência ofertada representa uma resposta integral e humanizada das necessidades e expectativas apresentadas e percebidas do

sujeito coletivo. Nessa perspectiva, a gestão mais participativa e democrática se torna uma ferramenta de e para a consolidação do SUS.

Uma nova gestão do trabalho nas organizações precisa reconhecer a indissociável relação entre trabalho livre e trabalho estranhado e apontar, exatamente aí, inovações que permitam – no caso da área da Saúde – ampliar a capacidade de produção de saúde, ao mesmo tempo que ampliar a realização dos trabalhadores (BRASIL, 2009, p. 21).

1.8 Trabalho em Enfermagem

A enfermagem traz em si características marcantes dos primórdios da administração como a divisão das tarefas, fragmentação do trabalho e uma dinâmica fundamentada na ideologia dominante de dicotomia entre o saber e o fazer. Tal condição tem consequências que extrapolam o trabalho influenciando o indivíduo no desempenho de seus papéis junto à sociedade.

A perspectiva da enfermagem como prática social considera a divisão técnica e social do trabalho, afirmando que não se trata apenas de uma divisão de funções e tarefas entre os diversos trabalhadores da enfermagem, mas uma divisão social de saberes e poderes que materializa a divisão de classes sociais no cotidiano do trabalho (MISHIMA et al, 2009, p. 5).

Tal situação contribuiu para que a enfermagem, enquanto categoria se dividisse com relação às atividades manuais e intelectuais, sobre quem mandava e quem obedecia, entre qualificados e desqualificados e adquirisse para si, enquanto profissão, um processo de trabalho que reproduzia a própria identidade funcional construída tanto histórica quanto socialmente (ALMEIDA et al, 1986).

O processo de trabalho de enfermagem apresenta a característica da divisão técnica do trabalho que envolve diferentes categorias – enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem. É um processo que fragmenta a assistência e o cuidado e indica a necessidade de recomposição dos trabalhos e de mudança da concepção de processo saúde-doença na perspectiva do cuidado integral e da integralidade da saúde (HAUSMANN e PEDUZZI, 2009, p. 3).

A construção histórica da organização do trabalho em enfermagem é evidente, uma vez que esta dicotomia conduziu naturalmente a uma verticalização das relações e a uma pseudo divisão da gerência da assistência e gerência administrativa.

Não são poucos os trabalhos que encontramos que identificam a ausência de qualidades pertinentes ao trabalho em equipe nos ambientes de trabalho de enfermagem. Seu processo de trabalho é marcado por ações isoladas e muitas vezes a inclusão de profissionais não enfermeiros como líderes se faz em função do poder de referência, carisma, dentre outros (BUENO e BERNARDES, 2010).

A presença constante dos enfermeiros nas unidades de cuidado construiu a imagem de responsabilidade sobre todos os acontecimentos do ambiente. Conseqüentemente, questões que poderiam ser resolvidas por diversos outros profissionais recaem sob seu cuidado, afastando-o, muitas vezes da equipe e do cuidado, propriamente dito, que é o seu objeto do trabalho.

Esse afastamento não tem favorecido uma articulação melhor com sua equipe e, em muitos casos, essa relação acaba por se resumir em correções, advertências, ordens caracterizando uma relação pontual, crítica e impessoal. Assim, ao se falar em Equipe de Enfermagem, a referência à equipe se resume ao aspecto nominal apenas, e não à dinâmica efetiva esperada na constituição de uma equipe.

Para uma análise sobre o tipo de equipe predominante nos serviços de enfermagem pode-se utilizar alguns critérios para consideração como:

[...] qualidade da comunicação entre os integrantes da equipe, especificidades dos trabalhos especializados, questionamento da desigual valoração social dos diferentes trabalhos, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia profissional de caráter interdependente e construção de um projeto assistencial comum (PEDUZZI, 2005, p. 275).

Porém, uma análise mais profunda, leva a perceber que seu *modus operandi* encontrava-se contextualizado à *práxis* dominante em outras áreas da sociedade, uma vez que em consonância com os movimentos sociais e as conseqüentes mudanças políticas que a sociedade buscava, a enfermagem absorvia os valores deste processo de democratização e gradativamente procurava adaptá-los ao seu cotidiano.

O Movimento Participação se traduziu por um processo amplo de trabalhadores de enfermagem e lideranças que realizavam uma análise da situação da enfermagem brasileira abordando questões

como: a identidade profissional; a composição da força de trabalho; organização e relações de trabalho; o papel político da categoria na sociedade; a visão sobre saúde e a realidade institucional do setor; a fragilidade da representação da profissão fragmentada e com pouca visibilidade... incitando à reflexão da mudança de postura mais proativa da ABEn em relação às questões da democracia e das políticas governamentais (MISHIMA et al, 2009, p. 4).

A busca pela construção de um ambiente de trabalho mais democrático que se iniciou nesses movimentos se confunde com as buscas das pessoas pelo exercício da cidadania e alcançou todas as classes da categoria, no anseio de que a enfermagem passe a se organizar verdadeiramente como equipe.

Assim sendo, Bueno e Bernardes (2010) enfatizam que:

O tipo de controle exercido pelo enfermeiro será determinado pelo tipo de poder aplicado. À medida que o poder autoritário vai sendo deixado de lado, surge a necessidade de um novo poder. Um poder que ao invés de controlar e sufocar permita o despertar, que ao invés de inibir, permita a liberdade. Um poder que ao invés de uniformizar, permita a diversidade, que ao invés de espalhar, permita a união. Desta forma, uma supervisão baseada neste poder valorizaria o ser humano em todas as suas potencialidades, além de fortalecer o senso de equipe (p.5).

Evidentemente que a enfermagem não poderá efetivar mudanças que sejam mais extensas do que o ambiente em que está inserida. Não é possível a construção de uma relação verdadeiramente horizontalizada e de interdependência onde há o predomínio e soberania do trabalho médico. É muito difícil o atendimento integral e focado na promoção da saúde quando o sistema está organizado em torno de um diagnóstico médico e norteado pelo processo queixa-conduta (MARQUES e LIMA, 2008).

A enfermagem, no tocante ao seu característico processo de trabalho e gerencial, carece de um processo de atualização em seus conceitos e arranjos. Precisa permitir que as transformações sociais colaborem na construção do perfil profissional que se necessita para que se garanta a “continuidade” no processo natural de mudanças das políticas públicas que requerem, dentre outras, “flexibilidade e criatividade” por parte dos trabalhadores.

Por esta razão, o processo de trabalho em enfermagem necessita ser redefinido de modo que atenda às necessidades atuais do modelo de atenção à saúde. Considerando o olhar sistêmico sobre a saúde, a interdependência das equipes multiprofissionais e a participação

social na construção do cuidado, pode a enfermagem se manter com características tão fragmentadas como as atuais?

A fragmentação do trabalho em enfermagem nas dimensões assistencial e gerencial não deve induzir a hierarquização delas. O objeto do trabalho deve ser definido como o cuidado e as dimensões envolvidas neste processo, bem como seus atores devem ser tratados como paralelos e de igual valorização.

As diferenças presentes na enfermagem quanto à formação profissional devem ser determinantes com relação às competências atribuídas e não à valorização profissional. O cuidado pode ser construído mediante uma ação contínua, em que ocorra articulação entre seus atores num sentimento de corresponsabilidade e autonomia.

O cuidado integral como é apresentado na prática de enfermagem atualmente tem contribuído para um isolamento do cuidador com relação à sua equipe e uma maior limitação de sua compreensão acerca do contexto em que está inserido. Do modo como tem acontecido, o cuidado integral tem limitado o olhar sobre o usuário e, conseqüentemente, limitado as possibilidades de intervenção.

Portanto, é fundamental um olhar para seus valores e práticas estabelecidas e se necessário romper com aquelas que não desenvolvem as competências e habilidades necessárias aos profissionais de enfermagem no estabelecimento e fortalecimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SILVA et al, 2010).

Nesta mesma direção alguns estudos fazem referência à gerência participativa, que visa a qualificar a assistência através da articulação dos processos de trabalho assistencial e gerencial, articulação esta que se entende por gerenciamento do cuidado, que também é caracterizado pela ênfase na comunicação e interação profissional de enfermagem e paciente e entre os profissionais (Hausmann e Peduzzi, 2009 , p. 260).

2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O Sistema Único de Saúde, desde sua concepção e até os dias atuais, tem buscado um desenvolvimento nas diversas áreas que o compõe. Sua luta se mistura com a luta pela democracia e cidadania e, conseqüentemente, busca para estabelecer seus valores na construção da saúde enquanto direito de todos.

A Gestão Participativa é uma ferramenta importante neste processo, uma vez que permite que esta saúde seja construída com a colaboração de todos os atores envolvidos. A enfermagem deve estar inserida nesse processo de mudança do modelo de gestão adotado nas instituições de saúde, uma vez que faz parte da equipe interdisciplinar, além de exercer um protagonismo importante nesse cenário.

Assim, há necessidade de se organizar as evidências científicas produzidas de para que elas possam servir de base para uma prática consonante com a política e princípios da Gestão Participativa, de modo que o Trabalho da Enfermagem colabore para a consolidação desta Gestão e conseqüentemente, dos princípios e diretrizes do próprio SUS. Surgem então os seguintes questionamentos:

- Há publicações atuais que abordem a Gestão Participativa, no contexto do SUS, e que se relacionam com o trabalho de enfermagem?
- O que tem sido pesquisado com relação à Gestão Participativa?
- De que forma deve se caracterizar a organização do trabalho de enfermagem contextualizado na Gestão Participativa?
- Quais contribuições da Gestão Participativa podem ser incrementadas no Processo de Trabalho da Enfermagem?

Diante dessas contextualizações, voltadas à urgente necessidade da mudança de paradigma gerencial, passa-se à explicitação das razões pelas quais se torna imprescindível esse estudo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo, buscou-se um aprofundamento teórico acerca do Modelo de Gestão Participativa ou Compartilhada. Para tanto, foi adotado como principal autor Gastão W. S. Campos que trata da organização de coletivos, da construção de um método gerencial que valoriza as pessoas trabalhando em conjunto, enfim, estuda os coletivos organizados para a produção de valores de uso. Este autor deu subsídio para o aprofundamento do tema, uma vez que debate conceitos fundamentais deste modelo gerencial. Foram também utilizadas as Portarias do Ministério da Saúde referentes à Gestão Participativa como referencial, uma vez que ele traz o fundamento legal na sua utilização enquanto Política Pública, e conseqüentemente a aplicabilidade deste modelo de gestão enquanto definida por este órgão governamental.

Neste contexto, a Gestão Participativa ou Compartilhada se destaca e tem se tornado uma importante ferramenta para as instituições que buscam alinhar seu modelo organizacional nos mesmos princípios que norteiam a construção do Sistema Único de Saúde.

A Gestão Participativa é uma estratégia transversal e se torna uma reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como universalidade, equidade, integralidade e participação social... Amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos (BRASIL, 2009, p. 15).

Na realidade, o SUS, conforme proposto, somente será construído de maneira efetiva se houver a adesão de seus principais atores sociais de forma participativa, integrada e estratégica. Gerentes, trabalhadores e cidadãos precisam assumir seu papel dentro do sistema por meio da participação efetiva, que lhes garanta autonomia e responsabilidade desde a organização do trabalho até a concretização dos atos assistenciais (CAMPOS, 2006).

A Gestão Participativa consolida esta inclusão ativa e autônoma de modo que todos se sentem responsáveis pelas metas pactuadas e se empenham efetivamente para o alcance delas. Portanto, esse modelo de gestão conduz o trabalhador a não apenas cumprir uma tarefa, mas a assumir uma atitude frente a valores. Ele se vê comprometido com a missão e não apenas conformado com a situação.

No Brasil, seu fortalecimento ocorre paralelo ao processo de redemocratização do país e, na saúde especificamente, surge como alternativa gerencial desde a consolidação do SUS. Inicialmente, aparece de forma esporádica e dependente de gestores locais até que a Portaria n.º 3.027, de 26 de novembro de 2007 a aprova enquanto política nacional na modalidade de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (BRASIL, 2009).

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP foi criada em 2003 pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho daquele ano, e se chamava Secretaria de Gestão Participativa. Após reformulação, em 2007, passa a englobar ações de auditoria do SUS, bem como de monitoramento e avaliação da gestão do SUS, e tem como missão principal o fortalecimento da gestão e do controle social, objetivando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2011).

Assim, esse modelo de gestão se propõe como um método para o estabelecimento de valores já conquistados, onde existe a necessidade de uma coprodução a partir do reconhecimento da pluralidade, transversalidade e importância. Trata-se do espaço da gestão politizada na busca de satisfação dos desejos do coletivo (CAMPOS, 2010).

Construir este espaço não é apenas uma questão de conveniência, ou coerência para com o Modelo de Atenção. O Modelo de Gestão torna-se o eixo determinante do Modelo de Atenção. A manutenção do SUS, enquanto uma continuidade do movimento sanitário depende da constituição dos autores e atores sociais com capacidade de criação e manutenção dos espaços de participação e controle social (CAMPOS, 2007).

A ideologia dominante em gestão não reconhece o trabalhador enquanto sujeito social. *“A racionalidade gerencial hegemônica advoga a existência de uma teoria transcendente que resolva esta conflitividade, escondendo-a ou desvalorizando-a e, tendencialmente, convidando os trabalhadores a abrirem mão dos seus interesses e desejos”* (CUNHA, CAMPOS, 2010, p. 33).

Segundo Campos (2010), fundamentalmente, esta racionalidade se apoia em três justificativas básicas para essa tentativa de minar a inclusão do trabalhador no processo de construção de espaços coletivos e exercer, então, um pretense controle sobre ele. Em primeiro lugar, defende-se a possibilidade de se submeter o trabalho a procedimentos mecanizados e padronizados de modo que se reduzam espaços específicos do trabalho a padrões e normas. A segunda justificativa é a de que o processo gerencial é visto como um instrumento disciplinador e de controle. Participação é um elemento social e político e não institucional, uma vez que neste ambiente somente criaria o caos. Na busca do controle, a gerência pode se valer de diversos caminhos que vão desde a truculência, passa pela sedução e chega a recompensas, normalmente financeiras. Por último, o modelo gerencial hegemônico se apoia no conceito de que o ser humano é movido pelo seu interesse imediato e, conseqüentemente, necessita de controle, quando inserido em ambientes coletivos de trabalho (CAMPOS, 2010).

Este tem sido o pensamento dominante e determinante das relações no trabalho e que muitas vezes se estende para outros níveis das relações e da consideração acerca de si próprio.

Acho que está colocada, contemporaneamente, uma gravidade estratégica, dramática e ética bastante grande, a seguinte pergunta: qual seria a nossa capacidade de fazer certa gestão da vida, cogestão, inclusive da saúde, que permita sobrevivência com certo grau de felicidade...? (CAMPOS, 2009, p. 24-25).

Ao se colocar o modelo gerencial hegemônico de frente com a gestão participativa, não apenas se confronta os dois modelos, mas se coloca frente a frente um modo de olhar o ser humano e de lhe atribuir um valor, de reconhecer sua individualidade e o poder a ele atribuído.

Administrar é ter poder, porém pode ser compartilhado ou verticalizado por meio de um organograma no qual as relações se estabelecem pela autoridade de uns sobre os outros, pelo disciplinamento ou controle dentro da equipe de trabalho ou pela cooperação ou consenso (BERNARDES, 2005, p. 09).

Nesse sentido, Bernardes et al (2007) destacam que a efetividade da gerência participativa ocorrerá numa governabilidade coletiva, caracterizada pelo envolvimento de todos na participação e corresponsabilização. Já no processo gerencial clássico, o controle acontece de fora para dentro, mediante a utilização da força, da lei e do Estado, de modo que este controle venha sobre o ser humano e determine uma ação, um comportamento e se possível um pensamento. Por outro lado, este controle pode vir de dentro, no momento em que ele é compartilhado. Tem-se a noção de cidadania, democracia no exercício da correção e da autorregulação (CAMPOS, 2009).

A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores (BRASIL, 2004, p. 06).

A gestão participativa reconhece três objetivos básicos nos serviços de saúde. A produção de saúde, a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores e, ainda, a pactuação entre os agentes envolvidos na produção da saúde, como um mecanismo de fortalecimento da cidadania e democracia (BRASIL, 2004).

Outros autores endossam esta afirmação ao acrescentar que o modelo de gestão participativo deve incorporar uma gerência inovadora que possibilite a “*melhoria da*

qualidade da assistência, maior satisfação para a equipe e alcance dos objetivos organizacionais” (BERNARDES, 2011, p. 03).

É, essencialmente nesta pactuação que o sujeito é constituído, quer ele sendo trabalhador, gestor ou cidadão. Em estabelecendo o sujeito ativo, democrático e cidadão, se estabelece um movimento contínuo de possibilidade de transformação. Transformação esta principalmente do próprio sujeito e de sua realidade, de modo que ele nunca retorne da mesma forma que entrou (CAMPOS, 2010).

A Gestão Estratégica e Participativa enquanto política pública tem como meta assegurar, no dia a dia da gestão do SUS, o princípio doutrinário da participação da comunidade, o que não é tarefa fácil e compreendida por muitos gestores. Muito já se avançou nesses anos, mas é necessário continuar acreditando que é possível radicalizar na sua efetivação como prática que fortalece o SUS, para consolidá-lo como a maior política de inclusão social do Brasil e patrimônio sócio cultural e imaterial dos brasileiros e da humanidade (BRASIL, 2010).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar a Gestão Participativa, no contexto do Sistema Único de Saúde, à luz das evidências científicas, visando a identificação de categorias relevantes na construção do processo do trabalho em enfermagem.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar publicações em periódicos nacionais e internacionais que abordem a relação das temáticas “Gestão Participativa” e “Trabalho de Enfermagem” no contexto do Sistema Único de Saúde;
- Caracterizar a Gestão Participativa a partir das evidências científicas analisadas;
- Relacionar a Gestão Participativa com a prática do Trabalho da Enfermagem;
- Descrever as categorias implícitas na Gestão Participativa e que se aplicam ao Trabalho da Enfermagem.

5. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Para atender aos objetivos deste estudo, foi realizada a revisão integrativa da literatura existente e que seja pertinente ao tema. Fundamentalmente, esta revisão se propôs a integrar um acervo já existente a partir de um objetivo comum. É este objetivo que exerce a função integradora junto às produções científicas existentes, de modo que, apesar de terem sido elaboradas de forma independentes, possam, neste momento, responder a um mesmo questionamento (MELO, 2010).

Desta forma, a revisão integrativa proporcionou um aprofundamento no conhecimento de determinado tópico e deu condições para o desenvolvimento de um conceito próprio acerca do tema, uma vez que a produção científica existente foi sistematizada em função de um novo objetivo, de uma nova temática (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Assim, a revisão integrativa conduziu a um aprofundamento do tema em questão uma vez que ela se desenvolveu por meio de uma análise ampla, com rigor metodológico, contribuindo para a compreensão das pesquisas já realizadas, mas conduzindo para o direcionamento das investigações e práticas futuras (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). Uma revisão integrativa bem conduzida não se encerra em si mesma, mas cumpre a função de abrir novas possibilidades de pesquisa e prática, com base nas evidências encontradas, beneficiando diretamente a qualidade do trabalho realizado e do cuidado oferecido.

A revisão conduzida no presente estudo será referenciada, quanto as suas etapas, nos estudo de Ganong (1987), Broome (2000) e Whittemore e Knalf (2005) que apresentam um processo em seis etapas:

- Elaboração do problema ou questionamento;
- Estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de artigos (seleção da amostra);
- Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados;
- Análise das informações;
- Interpretação dos resultados; e
- Apresentação da revisão.

6. PROBLEMA DE PESQUISA

Identificar de forma clara e precisa o que se pretende pesquisar é fundamental, não somente para a condução adequada da pesquisa, mas, também, para a sua validação. Identificar o que e o porquê de se pesquisar e o que determinará com precisão a finalidade da mesma na específica área de conhecimento.

Existe consenso entre os autores de que uma elaboração objetiva, concisa e clara desta etapa, conduzirá de forma mais precisa e tranquila ao cumprimento das próximas. Assim, este momento é considerado norteador para todo o restante da pesquisa. Broome (2000) afirma que a definição das palavras-chaves será facilitada pela execução adequada desta fase.

Desta forma, esta etapa é fundamental para a determinação e consistência de todo o caminho metodológico a ser seguido. Iniciar este caminho da forma correta qualificará toda a metodologia construída.

Portanto, este estudo se iniciou problematizando o tema da pesquisa. As perguntas de relevância científica e formuladas de modo sistemático contextualizam o trabalho de enfermagem no Sistema Único de Saúde, que tem como Política Pública a Gestão Participativa. Sendo assim, para essa revisão de literatura, foram elaboradas as seguintes questões: Qual é a influência da Gestão Participativa no processo de trabalho da equipe de enfermagem? Quais mudanças são esperadas na organização do trabalho e na atitude do trabalhador em enfermagem?

Essas perguntas possibilitaram responder os objetivos de caracterizar a Gestão Participativa e relacionar com a prática do Trabalho da Enfermagem e descrever as categorias implícitas na Gestão Participativa e que se aplicam ao Trabalho da Enfermagem. Desta forma, as questões levantadas conduziram toda a estrutura da revisão, desde a inclusão das evidências até os métodos aplicados na sua análise. Consequentemente elas assumem o papel de eixo norteador mantendo a coerência no estudo (ARONE, 2011).

O problema que disparou essas questões foi a relevância do tema e a necessidade de aprofundamento acerca dele. Além disso, a enfermagem carece de um estabelecimento de um referencial gerencial atualizado e alinhado com as políticas públicas vigentes.

7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE ARTIGOS (SELEÇÃO DE AMOSTRA)

Norteados por tais questionamentos e auxiliado por um bibliotecário da Biblioteca Central da Universidade de São Paulo – Campus de Ribeirão Preto com domínio na indexação de artigos teve início o levantamento para revisão pela Biblioteca Virtual de Saúde, uma vez que ela agrega diversas bases de dados, dentre as quais foi considerado o LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Também foi utilizada a plataforma ProQuest que oferece a base de dados ProQuest Nursing & Allied Health Source.

A Lilacs é uma base de dados que contempla o registro da literatura técnico-científica em saúde produzida na América Latina e no Caribe, publicada desde o ano de 1982. O acesso nesta base é gratuito e pode ser realizado por meio do endereço eletrônico <http://www.bireme.br>.

A Medline é a principal base de dados na área médica e da saúde produzida pela National Library of Medicine, dos EUA que indexa referências bibliográficas e resumos de aproximadamente 4600 títulos de revistas biomédicas. Contempla 11 milhões de registros da literatura, desde 1966 que cobrem as áreas: biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. O acesso nesta base é gratuito e pode ser realizado por meio do endereço eletrônico <http://www.usp.br/sibi>.

A ProQuest é uma base de dados com início na década de 30, convertendo livros das principais bibliotecas mundiais em microfilme. Em 1995 começou a oferecer acesso online a bancos de dados específicos, o que marcou o princípio do Serviço Online de Informações ProQuest. Logo em seguida, centenas de jornais e periódicos completos, em conjunto com milhares de dissertações, foram disponibilizados na Internet. Hoje em dia, mantém um acordo com mais de 9.000 editores, oferecendo acesso à informação proveniente de periódicos, jornais, livros fora de catálogo, dissertações, e artigos acadêmicos em diversos formatos. Seu acervo conta com mais de 5.5 bilhões de páginas de informação, incluindo mais de 500 anos de conhecimento acadêmico e cultural.

O processo de seleção dos artigos não é linear, mas dinâmico. Esta seleção se inicia de forma ampla a fim de que se alcance o maior número possível de artigos e, posteriormente, na medida em que são postos a prova das questões norteadoras, se afunila.

A inclusão ou exclusão dos artigos será determinante para a validação dos resultados obtidos uma vez que ela afetará diretamente a qualidade dos resultados alcançados. Qualidades como confiabilidade, amplitude, dentre outros, são dependentes diretas dos artigos a serem analisados (WHITTEMORE, 2005).

Os critérios de inclusão dos artigos selecionados para essa revisão integrativa foram: 1) idioma português, Inglês e espanhol; 2) Período de publicação de 2007 a 2012; 3) Objeto do estudo: análise da Gestão Participativa no contexto do SUS identificando as categorias implícitas a este modelo que se aplicam ao trabalho de enfermagem; 4) Disponibilidade: resumo online com acesso gratuito; 5) Artigos primários.

Os critérios de exclusão foram: 1) Publicações em forma de Teses, Dissertações, Monografias, livros; 2) Revisões de qualquer estilo.

Optou-se pela busca de estudos publicados nos últimos 05 anos. O estabelecimento deste período se dá em função de ser o ano de 2007 o ano em que a Gestão Participativa passa a ser considerada como Política Pública e, portanto, um referencial baseado na legislação para a realidade brasileira.

O processo de trabalho em Enfermagem no Brasil tem características peculiares por diversas razões, dentre as quais, a própria hierarquização formativa dos membros que compõe a equipe. Portanto, se torna necessário o estabelecimento de um referencial contextualizado no Sistema Único de Saúde;

Para seleção dos artigos que atendiam os critérios de inclusão, realizou-se leitura exaustiva do título e do resumo de cada estudo, a fim de verificar se respondiam às questões da pesquisa. Em seguida, os artigos incluídos foram acessados e lidos na íntegra. O levantamento dos artigos foi realizado entre março e maio de 2012.

A amostra se constituiu de 17 artigos encontrados na base de dados Lilacs, publicados na língua portuguesa e espanhola, no período estipulado, localizados pelos descritor controlado “enfermagem” e descritores não controlados “Gestão Participativa”, “Gestão Democrática”, “Gestão Compartilhada”, “Gestão Colegiada”, “Gestão Flexível”, “Administração Participativa”, “Administração Democrática”, “Administração Compartilhada”, “Administração Colegiada” e “Administração Flexível” e publicados em periódicos nacionais e internacionais.

Assim, foi iniciada a busca pela base de dados Lilacs, a qual foi considerada como referência para a comparação de estudos repetidos nas diferentes bases de dados consultadas.

Na Tabela 1 observa-se o número de estudos selecionados na base de dados Lilacs, o que totalizou 17 artigos.

Tabela 1 – Distribuição dos estudos localizados e selecionados segundo os descritores controlados e não controlados, na base de dados Lilacs, Ribeirão Preto, 2012

Descritores por cruzamento	Estudos localizados	Estudos selecionados
“Administração Flexível” AND “Enfermagem”	00	00
“Administração Colegiada” AND “Enfermagem”	00	00
“Administração Participativa” AND “Enfermagem”	43	00
“Administração Compartilhada” AND “Enfermagem”	00	00
“Administração Democrática” AND “Enfermagem”	57	00
“Gestão Flexível” AND “Enfermagem”	00	00
“Gestão Colegiada” AND “Enfermagem”	00	00
“Gestão Participativa” AND “Enfermagem”	01	00
“Gestão Compartilhada” AND “Enfermagem”	00	00
“Gestão Democrática” AND “Enfermagem”	03	00
Total		00

Em seguida foi realizada a localização dos estudos na base de dados Medline como apresentado na Tabela 2. Nesta base não foram selecionados estudos.

Tabela 2 – Distribuição dos estudos localizados e selecionados segundo os descritores controlados e não controlados, na base de dados Medline, Ribeirão Preto, 2012

Descritores por cruzamento	Estudos localizados	Estudos selecionados
“Enfermagem” AND “Administração Flexível”	05	00
“Enfermagem” AND “Administração Colegiada”	04	03
“Enfermagem” AND “Administração Compartilhada”	02	01
“Enfermagem” AND “Administração Democrática”	04	00
“Enfermagem” AND “Administração Participativa”	14	04
“Enfermagem” AND “Gestão Flexível”	02	00
“Enfermagem” AND “Gestão Colegiada”	04	03
“Enfermagem” AND “Gestão Compartilhada”	02	02
“Enfermagem” AND “Gestão Democrática”	01	01
“Enfermagem” AND “Gestão Participativa”	13	10
Total		24

A terceira base de dados consultada foi a ProQuest como demonstrado na Tabela 3. Nesta base não foram selecionados estudos.

Tabela 3 – Distribuição dos estudos localizados e selecionados segundo os descritores controlados e não controlados, na base de dados ProQuest, Ribeirão Preto, 2012

Descritores por cruzamento	Estudos localizados	Estudos selecionados
“Enfermagem” AND		
“Administração Participativa” OR	132	00
“Administração Compartilhada”		
OR “Administração Colegiada” OR		
“Administração Flexível” OR		
“Administração Democrática”		
Total		00

Após esta seleção, os artigos foram lidos na íntegra, para confirmação ou exclusão dos mesmos. A seguir apresenta-se o número final dos estudos primários incluídos na revisão integrativa.

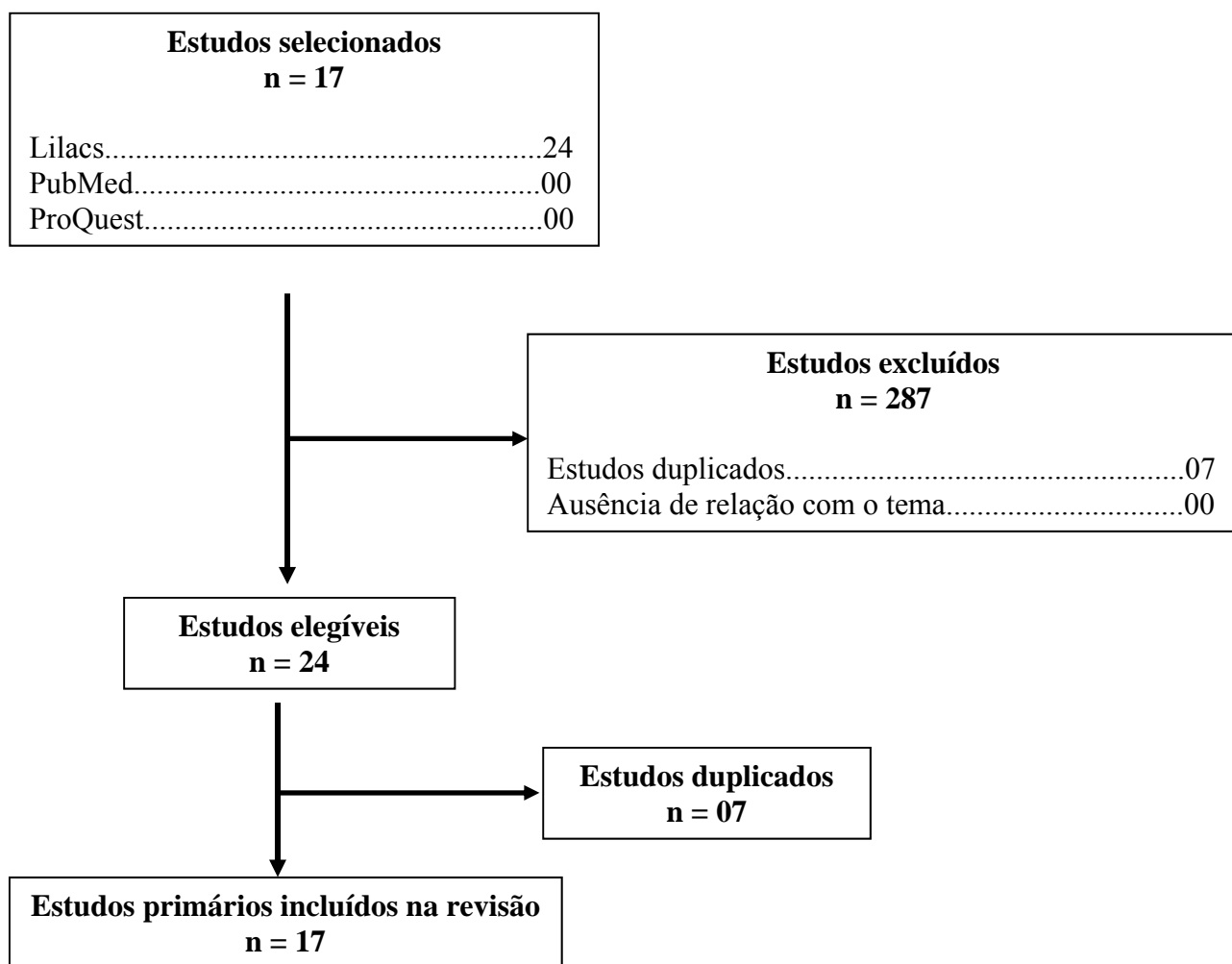


Figura 1 – Amostragem da revisão integrativa. Ribeirão Preto, 2012

A extração dos dados foi realizada por dois revisores, que preencheram o instrumento de coleta de dados de forma independente. Vale ressaltar que não houve divergência entre ambos.

8. INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Esta etapa refere-se ao aproveitamento dos artigos escolhidos, isto é, quais informações são importantes, relevantes para se responder ao problema da pesquisa. Para isto, existem hoje diversos instrumentos que servem para sistematizar esta ação. É fundamental que atinja o objetivo de categorizar os dados encontrados de modo que se extraiam as informações fundamentais dos artigos e as organize de modo de que a sua utilização seja facilitada no decorrer da pesquisa.

“A tarefa de definir quais serão as características ou informações que serão coletadas dos estudos é a essência da revisão integrativa” (PEDERSOLI, 2009, p. 48).

Foram extraídas dos artigos as seguintes informações (Vide Apêndice I) :

- Título;
- Autores;
- Periódico;
- Ano de Publicação;
- Unidade Federativa em que foi realizada a pesquisa;
- Palavras-chave;
- Tipo de estudo;
- Instituição em que a pesquisa foi realizada;
- Descrição metodológica;
- Resumo;
- Subtemas encontradas na Análise Temática
- Sujeitos da Pesquisa; e
- Conclusão.

9. AMOSTRAS SELECCIONADAS

O processo de identificação deve garantir a abrangência, o ideal é que se obtenham todas as publicações referentes às questões de pesquisa.

Dessa forma, utiliza-se a estratégia de busca em bases de dados eletrônicas, busca manual em periódicos, conferências das referências listadas nos estudos primários, contato com pesquisadores e obtenção do material não publicado. Quanto mais abrangente a busca menor o risco de viés de publicação (ARONE, 2011, p.38).

O descritor controlado é parte do vocabulário estruturado e organizado para facilitar o acesso à informação. Esses vocabulários são uma espécie de filtro entre a linguagem utilizada pelo autor e a terminologia da área.

Assim, por meio da consulta a estes vocabulários emergiu a limitação dos descritores controlados, uma vez que eles não representavam a natureza do estudo e a especificidade da pesquisa. Desta forma, optou-se pelo uso de descritores não controlados, mas que são utilizados como sinônimos nas pesquisas que tratam da Gestão participativa sendo eles: “Gestão Participativa”, “Gestão Democrática”, “Gestão Colegiada”, “Gestão Compartilhada”, “Gestão Flexível”, “Administração Participativa”, “Administração Democrática”, “Administração Colegiada”, “Administração Compartilhada”, “Administração Flexível” e “Enfermagem”.

Para a combinação dos descritores nas diferentes estratégias de busca foram utilizados os termos AND e OR, sendo AND uma combinação restritiva, OR uma combinação aditiva. O termo “Enfermagem” foi utilizado seguido da conjunção AND e de todos os termos sinônimos de “Gestão” e “Administração” que se alternavam com a conjunção OR.

A amostra se constituiu de 17 artigos encontrados na base de dados Lilacs, publicados na língua portuguesa e espanhola, no período estipulado, localizados pelos descritores não controlados “enfermagem” e “Gestão Participativa”, “Gestão Democrática”, “Gestão Compartilhada”, “Gestão Colegiada”, “Gestão Flexível”, “Administração Participativa”, “Administração Democrática”, “Administração Compartilhada”, “Administração Colegiada” e “Administração Flexível” e publicados em periódicos nacionais e internacionais.

AMOSTRA 01**TÍTULO**

A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades

AUTORIA

Lucélia Terra Jonas, Hugo Cardoso Rodrigues, Zélia Marilda Rodrigues Resck

PERIÓDICO

Rev. APS

ANO

2011

LOCALIDADE

Minas Gerais

PALAVRAS-CHAVE

Programa Saúde da Família. Administração em Saúde. Gestão em Saúde. Enfermagem. Administração de Serviços de Saúde. Administração de Recursos Humanos em Saúde. Competência Profissional.

TIPO DE ESTUDO

Pesquisa qualitativa

INSTITUIÇÃO

Equipes de Saúde da Família

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

A pesquisa foi fundamentada no referencial da dialética-materialista.

RESUMO

Este estudo objetivou compreender e analisar os limites e as possibilidades do processo de trabalho gerencial do enfermeiro na equipe do Programa Saúde da Família. Os resultados apontam que o enfermeiro assume o papel de gerente, coordenando, administrando e gerenciando o trabalho das Unidades de Saúde da Família (USF) e dos membros da equipe, olhando não só para o trabalho da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde (ACS), mas ampliando este olhar para toda a equipe multiprofissional. Por desenvolver a função de gerente do serviço de saúde, há uma sobrecarga de atividades de cunho burocrático, ocasionando um distanciamento da assistência direta aos usuários, que lhe é própria.

SUJEITOS DA PESQUISA

Médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e auxiliares de consultório dentário.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que o desenvolvimento e aprimoramento de competências gerenciais, bem como de estratégias que possibilitem o envolvimento de todos os membros da equipe, favorecem a efetividade na produção do cuidado, sendo evidenciada pela integralidade das ações de atenção à saúde da população.

SUBTEMAS ENCONTRADOS

1. Incentivar a corresponsabilização de toda a equipe na produção do cuidado;
2. Desenvolver e aprimorar habilidades em comunicação compatíveis com o trabalho em equipe;
3. Exercer o papel de mediador, coordenador, facilitador e articulador das ações e atividades a serem implementadas pela unidade de saúde;
4. Qualificação profissional por meio da educação permanente.

Quadro 01 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 02	
TÍTULO	
Perfil gerencial de enfermeiros que atuam em um hospital público federal de ensino	
AUTORIA	
Maria de Fátima Bastos Nóbrega, Miriam Gondim Matos, Lucilane Maria Sales da Silva, Maria Salete Bessa Jorge	
PERIÓDICO	
Rev. Enferm. UERJ	
ANO	LOCALIDADE
2008	CEARÁ
PALAVRAS-CHAVE	
Enfermagem; gerência; administração hospitalar; serviço hospitalar de enfermagem	
TIPO DE ESTUDO	INSTITUIÇÃO
Estudo quantitativo	Hospital Público Federal
DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA	
Estudo de natureza descritiva com aplicação do método estatístico. Os dados foram coletados por meio de um questionário. Para análise dos dados foram calculadas as frequências absolutas e percentuais.	
AMOSTRA	
Enfermeiros	
RESUMO	
Verificou-se que 52% dos gerentes têm entre 0 e 4 anos de tempo de serviço na função gerencial e que 61% são exclusivos do hospital. Quanto ao perfil para a função gerencial, predominaram as características: liderança (80%), competência técnica (76%) e bom relacionamento interpessoal (48%). Eram priorizadas as atividades de natureza administrativo-burocráticas.	
CONCLUSÃO	
O perfil encontrado indica ser necessário repensar a formação e qualificação técnica dos gerentes na enfermagem. Assim, o perfil encontrado nesta pesquisa demonstra a necessidade de reflexão quanto às legítimas atribuições do gerente e sua relação com o cuidado em enfermagem. Enquanto assume inúmeras e indistintas atividades, na concepção de que necessita resolver tudo, encontrar soluções viáveis para todos os problemas identificados, o enfermeiro afasta-se do cliente, perde a sua essência de cuidador, transformando-se em mais um administrador de recursos humanos, processos e ferramentas.	
SUBTEMAS ENCONTRADOS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Liderança da Equipe; 2. Poder de comunicação; 3. Senso de justiça; 4. Humildade; 5. Controle Emocional; 6. Organização. 	

Quadro 02 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 03**TÍTULO**

Diagnóstico situacional do serviço de enfermagem de hospital de ensino sob a ótica dos profissionais de nível médio

AUTORIA

Janaina Daiane Bauli, Laura Misue Matsuda

PERIÓDICO

Revista de Administração em Saúde

ANO

2006

LOCALIDADE

PARANÁ

PALAVRAS-CHAVE

Diagnóstico da situação. Gestão em saúde. Hospitais de ensino. Categorias de trabalhadores

TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo exploratório-descritivo

INSTITUIÇÃO

Hospital Público de Ensino

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

O instrumento de coleta de dados consistiu de um questionário com duas partes, elaborado para fins deste estudo. No momento da coleta, a pesquisadora se dirigiu a cada setor e forneceu informações individualizadas a cada trabalhador, sobre os objetivos da pesquisa, a metodologia de coleta dos dados e aspectos éticos. Quanto ao tratamento dos dados, os da Parte A foram agrupados e contabilizados na forma de frequência simples e percentagens. Já as respostas da Parte B, referentes às questões específicas, através de discussões sucessivas com uma equipe de pesquisa, as informações foram agrupadas por similaridade/igualdade e a seguir, contabilizadas como na Parte A.

AMOSTRA

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem

RESUMO

Objetivou levantar informações acerca da gestão do Serviço de Enfermagem de um hospital-ensino público. Participaram 27 profissionais de enfermagem de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) que responderam a um questionário. Dentre os resultados, obteve-se que 18 (67%) sujeitos mencionaram a existência de instrumentos administrativos que não existiam na instituição; 13 (48%) referiram que a estrutura hierárquica do Serviço não era adequada e que os instrumentos administrativos são muito importantes à organização do serviço; 8 (30%) não conheciam o organograma da instituição e também 8 (30%) criticaram a atuação do enfermeiro. Como sugestões para melhorias no gerenciamento do Serviço de Enfermagem mencionaram: mais envolvimento dos enfermeiros com a profissão; atuação dos enfermeiros com base em normas e condutas éticas, e gestão participativa.

CONCLUSÃO

Os profissionais de nível médio percebem a necessidade de mudanças. Conclui-se que há necessidade de se estruturar melhor o serviço através da normalização, da capacitação dos enfermeiros em liderança e incremento da comunicação entre os membros da equipe.

SUBTEMAS ENCONTRADOS

1. Liderança do enfermeiro na equipe;
2. Administração ética;
3. Comunicação lateralizada entre os trabalhadores;
4. Conhecimento da estrutura organizacional;
5. Construção coletiva do cuidado;
6. Satisfação do cliente;
7. Qualificação da equipe;
8. Equipe autônoma.

Quadro 03 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 04**TÍTULO**

A gestão do processo de trabalho da enfermagem em uma enfermaria pediátrica de média e alta complexidade: uma discussão sobre cogestão e humanização.

AUTORIA

Camila Aloísio Alves; Suely Ferreira Deslandes; Rosa Maria de Araújo Mitre.

REVISTA

Interface: Comunicação Saúde Educação

ANO

2011

LOCALIDADE

Rio de Janeiro

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem pediátrica. Processo de trabalho. Cogestão. Humanização.

TIPO DE ESTUDO

Abordagem qualitativa e como principal técnica, utilizou-se a observação participante.

INSTITUIÇÃO

Hospital Especializado

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

Utiliza a observação participante, apoiada na perspectiva etnográfica, com foco no cotidiano de trabalho, as relações entre as equipes, usuários e acompanhantes. O local de estudo foi a enfermaria de Pediatria de um instituto de referência no cuidado da mulher, criança e adolescente. O período de observação foi de três meses.

AMOSTRA

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

RESUMO

O artigo analisa o cotidiano da gestão do trabalho de enfermagem numa enfermaria pediátrica de média e alta complexidade à luz dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização. Os resultados apontam para uma gestão dos processos de trabalho hierárquica e centralizadora. Esse modelo de gestão gerou desagregação das equipes, desmobilização para o trabalho, desgastes físicos e mentais, impossibilitando a estruturação de parcerias de trabalho.

CONCLUSÃO

Conclui-se que é preciso investir na proposição de um modelo de cogestão para que novas formas de gestão dos processos de trabalho sejam construídas, privilegiando as trocas interdisciplinares e a criatividade.

SUBTEMAS ENCONTRADOS

1. Diálogo para tomada de decisões;
2. Construção compartilhada do conhecimento;
3. Produções de vínculo, acolhimento, autonomia e gestão;
4. Desenvolver habilidades técnico-científicas;
5. Desenvolver habilidades de liderança;
6. Análise do processo de trabalho;
7. Articulação entre as equipes;
8. Promoção de comunidades ampliadas de pesquisa;
9. Construção de espaços ampliados de pesquisa;
10. Processo contínuo de construção e desconstrução de saberes, valores e de avaliação;
11. Produção de novas formas de fazer no cotidiano de trabalho;
12. Abertura de espaços de diálogo e aprendizado coletivo; e
13. Ampliar os potenciais criativos dos trabalhadores.

Quadro 04 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 05**TÍTULO**

Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem

AUTORIA

Carla Aparecida Spagnol, Gislene Rodrigues Santiago, Bruna Mendes de Oliveira Campos, Maria Tereza Melo Badaró, Jackeline Soares Vieira, Ana Paula de Oliveira Silveira

PERIÓDICO

Rev Esc Enferm USP

ANO

2010

LOCALIDADE

Minas Gerais

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem. Conflito (psicologia). Gerência. Processos grupais. Relações interprofissionais.

TIPO DE ESTUDO

Estudo Quanti-Qualitativo

INSTITUIÇÃO

Hospital de Ensino Público Federal

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida em duas fases de coleta de dados. Aplicou-se um questionário e, em seguida, realizou-se entrevista semi-estruturada. Os dados foram organizados de acordo com os conteúdos temáticos.

AMOSTRA

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

RESUMO

Realizamos um estudo no Hospital das Clínicas-UFMG, objetivando analisar como o enfermeiro lida com os conflitos no ambiente organizacional. Alguns sujeitos apontaram os seguintes tipos de conflito: intrapessoal, interpessoal e intergrupar. Determinado número de pesquisados relatou que o enfermeiro está preparado para lidar com situações conflituosas utilizando o diálogo e a negociação. No entanto, outros responderam que o enfermeiro não está preparado, devido à inexperiência profissional e a falta de interação com a equipe.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a conduta a ser utilizada pelo enfermeiro diante de uma situação conflituosa vai depender da sua postura enquanto gerente, das suas habilidades pessoais no processo de negociação e da utilização da estratégia mais adequada para solucionar ou reduzir os conflitos que acontecem no ambiente de trabalho.

SUBTEMAS ENCONTRADOS

1. Valorização das diferentes opiniões;
2. Administração de situações de conflito;
3. Inserção do enfermeiro na equipe de enfermagem.

Quadro 05 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 06	
TÍTULO	
Gestão Colegiada na visão dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem em um Hospital Público Brasileiro	
AUTORIA	
Andrea Bernardes, Yolanda D. Martine z Évora, Janete R. S. Nakao	
PERIÓDICO	
Ciencia y Enfermeria	
ANO	LOCALIDADE
2008	Rio de Janeiro
PALAVRAS-CHAVE	
Gestão colegiada, comunicação, tomada de decisão, poder.	
TIPO DE ESTUDO	INSTITUIÇÃO
Abordagem qualitativa	Hospital Público
DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA	
Trata-se de uma pesquisa qualitativa sendo que dentre as várias técnicas propostas para a análise dos dados, optou-se pela utilização da análise temática de conteúdo descrita por Bardin (1977).	
AMOSTRA	
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	
RESUMO	
Apresentamos uma experiência positiva de implantação do modelo de Gestão Colegiada em um hospital governamental do município de Volta Redonda, no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Buscamos verificar o entendimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca deste modelo gerencial, bem como identificar as alterações ocorridas no processo de comunicação, tomada de decisão e poder e analisar as dificuldades encontradas nesta mudança. Percebemos que os técnicos e auxiliares de enfermagem sentem a mudança gerencial, porém continuam se reportando ao enfermeiro quando necessário. Notamos também melhora no processo de comunicação e que houve descentralização do poder.	
CONCLUSÃO	
Evidenciamos que o modelo gerencial adotado pelo hospital em estudo trouxe melhoras significativas no atendimento à população do município de Volta Redonda - RJ, sendo considerado de referência dos demais hospitais, inclusive da região.	
SUBTEMAS ENCONTRADOS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ênfase no trabalho das equipes; 2. Profissionalização dos gerentes; 3. Ênfase na “comunicação lateral”; 4. Ênfase na satisfação dos clientes internos e externos; 5. Ampla participação no processo decisório; 6. Maior autonomia; 7. Visão de interdependência entre as várias unidades de produção; 8. Atenção à saúde fosse mais humanitária; 9. Compromisso com a qualidade do atendimento; 11. Tomada de decisão mais rápida e eficiente; 	

Quadro 06 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 07	
TÍTULO	
Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar.	
AUTORIA	
Andrea Bernardes; Luis Carlos de Oliveira Cecílio; Janete R. S. Nakao; Yolanda D. Martinez Évora.	
PERIÓDICO	
Ciência & Saúde Coletiva	
ANO	LOCALIDADE
2007	Rio de Janeiro
PALAVRAS-CHAVE	
Gestão colegiada, Gestão democrática e participativa, Colegiado de gestão.	
TIPO DE ESTUDO	INSTITUIÇÃO
Estudo Qualitativo	Hospital Público
DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA	
O material empírico recebeu dois níveis de tratamento analítico. Primeiramente, foi feito um agrupamento das falas dos atores em blocos temáticos. Já o segundo nível analítico foi feito através de uma leitura transversalizada dos temas anteriores, tendo como condutor da leitura o conceito de “ruído”.	
AMOSTRA	
Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e Médicos.	
RESUMO	
Um caminho para a modernização gerencial tem se pautado na perspectiva mais dialógica em torno da construção de um projeto de qualificação da assistência que tem como característica importante a ênfase na gestão colegiada em todos os níveis, a partir do conceito de cogestão. Notamos pelas falas dos entrevistados que estes “ruídos” operam no interior da organização, demonstrando que o processo gerencial adotado, da forma como vem sendo conduzido, é insuficiente para conseguir adentrar e intervir sobre a micropolítica.	
CONCLUSÃO	
A conclusão é de que o modelo de gestão, enquanto um encadeamento de dispositivos, de lógicas e de sentidos bem precisos existe mais como um discurso racional portado pela direção do que uma compreensão compartilhada pelo conjunto dos atores organizacionais.	
SUBTEMAS ENCONTRADOS	
<ol style="list-style-type: none"> 1.Contextualização de todos os trabalhadores no processo democrático; 2.Redução prática das diferenças hierárquicas; 3.Comunicação mais lateralizada; 4.Maior autonomia e participação. 	

Quadro 07 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 08**TÍTULO**

Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras.

AUTORIA

Adriane Calvetti de Medeiros, Queli Lisiane Castro Pereira, Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, Diana Cecagno, Cristiane Lima Moraes

PERIÓDICO

Revista Brasileira de Enfermagem

ANO

2010

LOCALIDADE

Rio Grande do Sul

PALAVRAS-CHAVE

Educação em enfermagem; Aprendizagem; Gestão em saúde; Cuidado.

TIPO DE ESTUDO

Abordagem qualitativa.

INSTITUIÇÃO

Hospital Universitário (Público)

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

Metodologia descritiva e exploratória. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado o Método do Círculo de Cultura de Freire. Este método consiste de três momentos interdisciplinarmente entrelaçados: a investigação temática, a codificação/tematização e a decodificação/problematização, seguindo-se um roteiro de operacionalização dos encontros. Os dados foram analisados segundo a Análise Temática de Conteúdo.

AMOSTRA

Enfermeiro (a)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer as estratégias de gestão, com base na Educação Permanente em Saúde (EPS). Os resultados apontam para o planejamento participativo e tomada de decisão como estratégias da EPS que promovem a autonomia, a valorização, a competência técnica e a construção do trabalho em equipe, em seu próprio percurso de aprendizagem. O estudo permitiu identificar as estratégias de gestão que podem orientar o processo de trabalho das enfermeiras na UTI. Essa forma gerencial evidenciou a importância da aprendizagem de novos conhecimentos e a mudança na forma de pensar e agir dos sujeitos.

CONCLUSÃO

A gestão participativa, como recurso estratégico, é capaz de permitir a adaptação às mudanças e às novas exigências do mercado de trabalho.

SUBTEMAS ENCONTRADOS

1. Descentralização das decisões;
2. Aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho;
3. Participação no aperfeiçoamento constante do processo de trabalho;
4. Capacitação e qualificação de seus trabalhadores;
5. Autonomia;
6. Planejamento participativo;
7. Construção de um cuidar/assistir mais cooperativo e integral;
8. Desenvolvimento da criatividade;
9. Humanização das relações;
10. Valorização pessoal e profissional
11. Compromisso com a democratização das relações de trabalho

Quadro 08 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 09**TÍTULO**

Organização e atendimento de uma unidade básica de saúde: significados para usuários/familiares e funcionários

AUTORIA

Fernanda Regina Vicente, Grasielle Campregher, Alacoque Lorenzini Erdmann, Lucia Hisako Takase Gonçalves

PERIÓDICO

Cogitare Enfermagem

ANO

2008

LOCALIDADE

Santa Catarina

PALAVRAS-CHAVE

Serviços de Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Sistemas de Saúde

TIPO DE ESTUDO

Estudo Qualitativo
Saúde (UBS)

INSTITUIÇÃO

Unidade Básica de

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

Foi um estudo de abordagem qualitativa, tendo como sujeitos 10 funcionários e 20 usuários dos programas de saúde da UBS. As entrevistas e observações foram realizadas em junho e julho de 2007. A análise dos dados foi segundo Bardin.

AMOSTRA

Funcionários e Usuários

RESUMO

Este estudo objetivou esclarecer os significados da organização e atendimento numa Unidade Básica de Saúde. A ancorou-se nos fundamentos teórico-filosóficos e políticas de práticas no cuidado à saúde do SUS. A partir das análises emergiram vários temas referentes à organização e ao atendimento.

CONCLUSÃO

Os significados dos temas destacados neste estudo mostram a importância da organização e atendimento nesta Unidade e representam situações significativas para os respondentes, os implicados no funcionamento da UBS. É imprescindível levar em consideração estes aspectos na seleção de estratégias de reorganização da gestão do serviço de saúde e do atendimento dos usuários da Unidade.

SUBTEMAS ENCONTRADOS

1. Acolhimento adequado;
2. Satisfação do cliente;
3. Construção de uma relação de confiança;
4. Agilidade nas decisões e ações;
5. Dimensionamento quali-quantitativo nos RH.

Quadro 09 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 10**TÍTULO**

Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem

AUTORIA

Andrea Bernardes, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, Yolanda Dora Martinez Évora, Carmen Silvia Gabriel, Mariana Bernardes de Carvalho.

PERIÓDICO

Rev. Latino-Am. Enfermagem

ANO

2011

LOCALIDADE

São Paulo

PALAVRAS-CHAVE

Equipe de Enfermagem; Organização e Administração; Comunicação; Poder (Psicologia); Gestão em Saúde.

TIPO DE ESTUDO

Estudo Qualitativo

INSTITUIÇÃO

Hospital Público

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso histórico organizacional, na vertente qualitativa, que se utilizou da análise temática de conteúdo, proposta por Bardin, para a análise dos dados.

AMOSTRA

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e assistente técnica de saúde.

RESUMO

Esta pesquisa objetivou apresentar a implantação do modelo de gestão colegiada e descentralizada, em unidades funcionais, em um hospital público do município de Ribeirão Preto, SP. A instituição adotou a descentralização de sua estrutura administrativa a partir de 1999, mediante a aplicação da gestão compartilhada, o que possibilitou algumas melhorias internas, com repercussão positiva na assistência prestada ao usuário. A implantação verticalizada do processo parece ter prejudicado a adesão dos trabalhadores, embora a gestão colegiada tenha intensificado a comunicação, o compartilhamento do poder e da decisão.

CONCLUSÃO

O estudo aponta, apesar dos avanços em relação à qualificação da assistência, que muito há que se fazer para se concretizar essa proposta gerencial inovadora.

SUBTEMAS ENCONTRADOS

1. Maior participação nas reuniões;
2. Maior participação nas decisões;
3. Ambiente com maior motivação para o trabalho;
4. Maior autonomia na resolução dos problemas;
5. Comunicação lateralizada.

Quadro 10 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 11**TÍTULO**

A implicação de trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, na reorganização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde.

AUTORIA

Bethania Ferreira Goulart, Maria Imaculada de Fátima Freitas.

PERIÓDICO

Cadernos de Saúde Pública

ANO

2008

LOCALIDADE

Minas Gerais

PALAVRAS-CHAVE

Health Services Administration; Ambulatory Health Services; Single Health System

TIPO DE ESTUDO

Abordagem Qualitativa

INSTITUIÇÃO

Ambulatórios Municipais

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

Esta pesquisa contou com entrevistas e observação de campo voltada para a observação-participação, construídas numa relação com os seus participantes. Após a transcrição literal das informações, o conteúdo foi analisado com fundamento nos procedimentos da Análise Estrutural de Narração.

AMOSTRA

Auxiliar de consultório dentário, agente administrativo, vigia, assistente social, coordenadores, enfermeiro, farmacêutico e bioquímico e psicólogo.

RESUMO

O estudo não se destina para generalizar os resultados sobre a participação dos trabalhadores de saúde, mas faz destacar a importância de compreender a interação entre o modelo de gestão e a reorganização da serviços tal como recomendado no âmbito do SUS. Observa-se, com base nas falas, que o modelo gerencial ainda possui fortes características centralizadoras e excludentes. Poucos decidem pela grande maioria.

CONCLUSÃO

Considera-se que isso dificulta o processo de mudança e transforma o cotidiano num espaço de enfrentamento ou de silêncio, e nas duas circunstâncias impera o poder nas mãos de alguns e resta a outros tantos a submissão.

SUBTEMAS ENCONTRADOS

1. Comunicação com a gerência com poder de decisão;
2. Valorização do trabalhador;
3. Formação política do trabalhador;
4. Participação do trabalhador nos processos decisórios;
5. Acesso às informações;
6. Envolvimento do trabalhador em todas as etapas do projeto terapêutico.

Quadro 11 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 12**TÍTULO**

Trabalho Multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal

AUTORIA

Cristiane Corsini Medeiros Otenio; Luiza Nakama; Ana Maria Cavalcanti Lefèvre;
Fernando Lefèvre

PERIÓDICO

Saúde Soc. São Paulo

ANO

2008

LOCALIDADE

Paraná

PALAVRAS-CHAVE

Trabalho; Recursos humanos; Pesquisa qualitativa; Representações sociais.

TIPO DE ESTUDO

Pesquisa Qualitativa

INSTITUIÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

Foram entrevistados 44 profissionais de saúde de nível superior, com quatro questões abertas que abordaram aspectos de interesse para o tema. Para a análise dos dados, tomou-se como base o referencial da Teoria da Representação Social. Para o processamento dos dados, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, por meio da qual se construíram os discursos-sínteses com auxílio do programa Qualiquantisoft.

AMOSTRA

Profissionais de nível superior

RESUMO

Nos discursos obtidos, os profissionais de saúde entrevistados consideraram seu trabalho uma rotina de atendimento programado, determinado pela demanda, desgastante, porém vocacionado. Destacaram que o trabalho multiprofissional é a integração de vários campos da área da saúde, entre profissionais de outras áreas e de outras especialidades para ter uma equipe formada para solucionar os problemas. Relataram que, para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, seria necessária maior interação entre os gestores e os profissionais; recursos materiais e físicos para a melhoria do atendimento; capacitação, conscientização, contratação de profissionais para o serviço; remuneração salarial e organização do serviço de saúde.

CONCLUSÃO

Os conteúdos revelaram barreiras para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, como ausência de novas formas de gestão, flexibilização das relações de trabalho e necessidade de resolução de questões antigas, como remuneração salarial, planos de cargos e carreiras, e organização do serviço, com instalação de mecanismos que possam evitar a intensa rotatividade de profissionais.

SUBTEMAS ENCONTRADOS

1. Articulação das diferentes áreas e conhecimentos;
2. Trabalho humanizado;
3. Educação em saúde;
4. Recursos materiais e físicos;
5. Contratação de RH;
6. Melhor remuneração.

Quadro 12 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 13	
TÍTULO	
Análisis de la gestión municipal de los servicios de salud	
AUTORIA	
Maria Bernadete de Sousa Costa, Pedri Eugenio Lopez Salazar	
PERIÓDICO	
Revista de Enfermagem da UERJ	
ANO	LOCALIDADE
2008	PARAÍBA
PALAVRAS-CHAVE	
Gestão participativa; Sistema Único de Saúde; gestor; participação.	
TIPO DE ESTUDO	INSTITUIÇÃO
Abordagem Quantitativa	Secretarias Municipais de Saúde
DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA	
Este estudo se configura como uma investigação exploratória, descritiva, com enfoque quantitativo. Os dados foram coletados por meio de um questionário com três perguntas objetivas para caracterização dos gestores, seguidas de três grupos de 20 alternativas referentes a participação dos membros integrantes do SUS.	
AMOSTRA	
Gestores Municipais	
RESUMO	
Este estudo centra-se no atual modelo de gestão em saúde, buscando associar as relações que se produzem entre o estilo de gestão adotado pelos gestores municipais de saúde e os resultados produzidos na atual conformação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como objetivo analisar a relação entre o perfil do gestor e os resultados da mudança. Os resultados revelaram que a gestão municipal de saúde não é participativa, visto que não ocorreu a participação dos grupos integrantes do sistema conforme a literatura. O perfil profissional dos gestores não influenciou nos resultados analisados.	
CONCLUSÃO	
Concluiu-se que a gestão do SUS depende da participação de todos: gestores, diretores, profissionais da área de saúde, conselhos de saúde, comunidade, instituições de saúde públicas e conveniadas e demais órgãos governamentais. Assim, o modelo de gestão aplicado no SUS precisa se conformar ao modelo proposto pela Política Pública.	
SUBTEMA ENCONTRADO	
1. Construção de participação efetiva de todos os sujeitos.	

Quadro 13 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 14	
TÍTULO	
A participação política de enfermeiras na gestão do sistema único de saúde em nível municipal	
AUTORIA	
Cristina Maria Meira de Melo, Tatiane Araújo dos Santos	
PERIÓDICO	
Revista Texto & Contexto	
ANO	LOCALIDADE
2007	BAHIA
PALAVRAS-CHAVE	
Política. Sistema Único de Saúde. Enfermagem.	
TIPO DE ESTUDO	INSTITUIÇÃO
Abordagem Qualitativa	Secretaria Municipal
DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA	
É um estudo de caso exploratório e qualitativo, num município baiano com uma gestão considerada como bem sucedida. A coleta se fez através de entrevistas semi-estruturadas com enfermeiras gestoras e da observação pontual. Os dados foram analisados a partir das categorias pré-definidas e pela técnica de análise temática.	
AMOSTRA	
Enfermeiras Gestoras e Cogestoras	
RESUMO	
Analisamos a participação política da enfermeira na gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde. Pressupondo que a enfermeira possui uma participação política na gestão da saúde, identificamos a sua concepção quanto à participação política; os espaços onde esta é exercida e analisamos, através de uma categorização pré-definida, como se processa esta participação.	
CONCLUSÃO	
Os resultados apontam para uma visão restrita das enfermeiras quanto ao seu papel político na gestão do Sistema Único de Saúde; de uma participação política incipiente; de pouca valorização quanto a esta forma de participação, embora as enfermeiras ocupem espaços diferentes, relevantes e de caráter político-técnico no sistema de saúde municipal.	
SUBTEMAS ENCONTRADOS	
1. Formação política; 2. Agregar reflexão crítica à sua prática.	

Quadro 14 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 15**TÍTULO**

Competências do gestor hospitalar: estudo em um hospital público brasileiro

AUTORIA

Márcia Zampieri Grohmann, Luciana Flores Battistella, Joselete Maria Stefanello Baratto

PERIÓDICO

Enfermería Global

ANO

2012

LOCALIDADE

Não consta

PALAVRAS-CHAVE

Competências; auto avaliação; importância; carências

TIPO DE ESTUDO

Pesquisa Quantitativa

INSTITUIÇÃO

Hospital Público de Ensino

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

A pesquisa realizada caracteriza-se por ser descritiva, pois parte de um modelo teórico já utilizado, porém acrescenta ao estudo a mensuração da auto avaliação e não apenas a importância dos conhecimentos, atitudes e habilidades que compõem as competências do gestor hospitalar. O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário.

AMOSTRA

Gerentes de um hospital.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo mapear as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) do gestor hospitalar, visando: identificar quais as competências mais importantes de acordo com os profissionais; medir quais as competências mais desenvolvidas nos profissionais pesquisados; levantar quais as competências com maiores carências. As habilidades que mais precisam ser desenvolvidas são: gerenciar a equipe de trabalho; ser inovador e agente de mudanças; solucionar problemas; gerenciar os programas desenvolvidos e motivar a equipe de trabalho. Por fim, as atitudes com maiores lacunas são: ser um líder educador; desenvolver a iniciativa e a autonomia da equipe; incentivar a criatividade da equipe e dos grupos comunitários; ser criativo e estimular o trabalho em equipe.

CONCLUSÃO

O trabalho serviu como primeira análise para identificação das lacunas na formação deste profissional e apontou que, dentre os três tipos de competências, o grupo da Atitude é considerado como o mais importante pelos profissionais e, portanto, o que merece uma maior atenção.

SUBTEMAS ENCONTRADOS

1. Busca de conhecimentos em diversas áreas relacionadas com a atuação;
2. Desenvolvimento das habilidades fundamentais no trato com a equipe de trabalho;
3. Manter atitudes coerentes com a qualificação;
4. Formação contínua da competência profissional.

Quadro 15 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 16**TÍTULO**

Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem

AUTORIA

Alexandre de Assis Bueno, Andrea Bernardes

PERIÓDICO

Revista Texto & Contexto

ANO

2010

LOCALIDADE

Minas Gerais

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem. Gerenciamento. Socorro de urgência. Supervisão.

TIPO DE ESTUDO

Estudo Qualitativo

INSTITUIÇÃO

SAMU

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório, qualitativo, realizado em um município do interior de Minas Gerais. Foi utilizada entrevista semi estruturada com três enfermeiros e seis auxiliares de enfermagem e para a interpretação dos dados foi aplicada Análise Temática de Conteúdo.

AMOSTRA

Enfermeiros e Auxiliar de Enfermagem.

RESUMO

Exigências de produtividade e qualidade ampliam os requisitos de qualificação dos trabalhadores tornando cada vez mais generalizada a implantação de modelos de formação e gestão baseados em competências profissionais, especialmente no Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. Esta pesquisa objetivou caracterizar o gerenciamento do enfermeiro neste serviço de acordo com a visão dos profissionais da equipe enfermagem.

CONCLUSÃO

Os aspectos técnicos destacaram-se dentre os temas, associando o gerenciamento ao controle/ fiscalização das atividades. Evidenciou-se uma relação à distância entre equipe e supervisor, bem como a carência de educação em serviço.

SUBTEMAS ENCONTRADOS

1. Valorização do trabalhador enquanto ser humano;
2. Fortalecer o senso de equipe;
3. Educação Permanente;
4. Capacitar para autonomia;
5. Exercício do potencial criativo.

Quadro 16 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

AMOSTRA 17**TÍTULO**

Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: visão dos auxiliares de enfermagem

AUTORIA

Andrea Bernardes, Bruna Mazitelli Ramos, Josué Betela Júnior, Priscila Nunes de Paiva

PERIÓDICO

Cienc Cuid Saude

ANO

2009

LOCALIDADE

São Paulo

PALAVRAS-CHAVE

Supervisão de Enfermagem. Serviços Médicos de Emergência. Auxiliares de Enfermagem

TIPO DE ESTUDO

Pesquisa descritivo-qualitativa

INSTITUIÇÃO

SAMU

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa que tem como objetivo principal retratar, de modo preciso, as características de indivíduos, situações ou grupos, bem como a frequência com que ocorrem determinados fenômenos. Entrevista semiestruturada, com questões abertas. As entrevistas foram gravadas após a assinatura do consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa. Para a análise dos resultados foi aplicada a análise temática de conteúdo.

AMOSTRA

Auxiliares de Enfermagem

RESUMO

Tem-se por objetivo identificar como ocorre a supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel de um município do Interior do Estado de São Paulo na visão dos auxiliares de enfermagem. A supervisão de serviços é um aspecto administrativo utilizado como força motivadora de integração e coordenação dos recursos humanos e materiais que contribui para tornar possível a realização de um programa de trabalho de forma eficiente com vistas a alcançar os objetivos da organização. Não obstante, quando se trata do pessoal que compõe a equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel, essa ferramenta administrativa adquire características muito particulares. Os profissionais relatam que a supervisão do enfermeiro deveria ser um momento de orientação e fiscalização, e julgam não ser adequado que esta atividade administrativa ocorra à distância, já que se trata de uma prática de enfermagem importante para a garantia da qualidade da assistência prestada.

CONCLUSÃO

Enfim, os auxiliares de enfermagem consideram inadequada a supervisão na forma como vem ocorrendo. É evidente a necessidade de contratação de mais enfermeiros para que possa ser garantida uma supervisão que seja mais presente e propicie melhores condições de trabalho através de orientação e motivação aos funcionários, bem como adequação dos recursos materiais.

SUBTEMAS ENCONTRADOS

1. Qualificação contínua;
2. Comunicação mais intensa e lateralizada;
3. Relação humanizada na equipe;
4. Inserção do enfermeiro na equipe de enfermagem.

Quadro 17 – Apresentação da síntese do estudo incluído na revisão integrativa, segundo título, autoria, periódico, ano de publicação, localidades, palavras-chave, tipo de estudo, instituição, metodologia, resumo, identificação dos temas e profissionais envolvidos, Ribeirão Preto, 2012

10. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados extraídos dos estudos incluídos nesta revisão integrativa foram apresentados de forma descritiva. Desta forma é possível o leitor obter subsídios para compreender os estudos primários e a qualidade da evidência, reconhecendo as lacunas existentes que justifiquem a realização de novos estudos.

A amostra foi composta por dezessete estudos conforme critérios de seleção proposto na revisão integrativa. O Quadro 1 apresenta a data da publicação dos artigos, periódico, tipo de estudo, instituição em que foi realizada a pesquisa e unidade federativa onde foram localizados os estudos primários.

Autores	Ano	Tipo de estudo	Instituição	UF em que o estudo foi realizado	Periódico
Alves et al.	2011	Estudo qualitativo	Hospital Especializado	Rio de Janeiro	Interface: Comunicação Saúde Educação
Bauli et al.	2006	Estudo qualitativo	Hospital Público de Ensino	Paraná	Revista de Administração em Saúde
Bernardes et al.	2008	Estudo qualitativo	Hospital Público	São Paulo	Ciencia y Enfermería
Bernardes et al.	2007	Estudo qualitativo	Hospital Público	Rio de Janeiro	Ciência & Saúde Coletiva
Bernardes et al.	2011	Estudo qualitativo	Hospital Público	São Paulo	Rev. Latino-Am. Enfermagem
Bernardes et al.	2009	Estudo qualitativo	SAMU	São Paulo	Cienc Cuid Saude
Bueno et al.	2010	Estudo Qualitativo	SAMU	Minas Gerais	Revista Texto & Contexto
Costa et al.	2008	Estudo qualitativo	Secretaria Municipal de Saúde	Paraíba	Revista de Enfermagem da UERJ
Goulart et al.	2008	Estudo qualitativo	Ambulatórios Municipais	Minas Gerais	Cadernos de Saúde Pública
Grohmann et al.	2012	Estudo qualitativo	Hospital Público de Ensino	Não consta	Enfermería Global
Jonas et al.	2011	Estudo qualitativo	Equipes de Saúde da Família	Minas Gerais	Rev. APS
Medeiros et al.	2010	Estudo qualitativo	Hospital Universitário (Público)	Rio Grande do Sul	Revista Brasileira de Enfermagem
Melo et al.	2007	Estudo qualitativo	Secretaria Municipal de Saúde	Bahia	Revista Texto & Contexto
Nóbrega et al.	2008	Estudo quantitativo	Hospital Público Federal	Ceará	Rev. Enferm. UERJ
Otenio et al.	2008	Estudo qualitativo	Secretaria Municipal de Saúde	Paraná	Saúde Soc. São Paulo
Spagnol et al.	2010	Estudo Quanti-Quali	Hospital de Ensino Público Federal	Minas Gerais	Rev Esc Enferm USP
Vicente et al.	2008	Estudo Qualitativo	Unidade Básica de Saúde	Santa Catarina	Cogitare Enfermagem

Quadro 18- Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, segundo ano de publicação dos artigos, periódico, tipo de estudo, instituição e base de dados, Ribeirão Preto, 2012

Um levantamento sobre as localidades em que se concentram estas pesquisas evidenciou a presença de aproximadamente 53% delas na região Sudeste. Por outro lado, não foi identificado nenhum estudo nas regiões Centro-Oeste e Norte. Destaca-se ainda a produção do Estado de Minas Gerais, uma vez que representa em torno de 25% do total de estudos. É preocupante a ausência da grande maioria das Unidades Federativas do Brasil em pesquisas que discutam uma política pública, como a Gestão Participativa, associada de alguma forma com a organização do Trabalho de Enfermagem.

Alguns estudos evidenciam esta concentração da produção científica na área da Enfermagem na região sudeste. Um estudo realizado com o objetivo de identificar a região de origem dos projetos encaminhados ao CNPq, revela que 76,50% se originou na região sudeste enquanto que apenas 0,75% foi oriundo da região norte do país (LEITE ET AL, 2001). Kurcgnat e Ciampone (2005) realizaram uma revisão da literatura acerca da temática do “gerenciamento em enfermagem” e constataram a presença de 80% desses estudos na região sudeste.

Esta concentração não equilibrada das pesquisas no território brasileiro tem propiciado um desenvolvimento igualmente desproporcional. Assim, o SUS identificado no cotidiano dos brasileiros não corresponde ao quadro estabelecido pelos seus princípios e diretrizes e um único quadro não é representativo para todo o território nacional.

Portanto, considerando que o SUS está em constante movimento e seu estabelecimento não é uniforme em todo o território nacional, tem sido identificado um enorme número de variáveis entre o SUS ideal e o real disperso por todos os estados brasileiros. Existe a necessidade de se reduzir as diferenças sociais que estabelecem as distintas realidades vivenciadas pelos cidadãos.

Estas variáveis estão intrinsecamente relacionadas com a efetividade do processo de interdependência entre Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Social, garantidos e incentivados pelas Políticas Públicas vigentes (Figura 2).

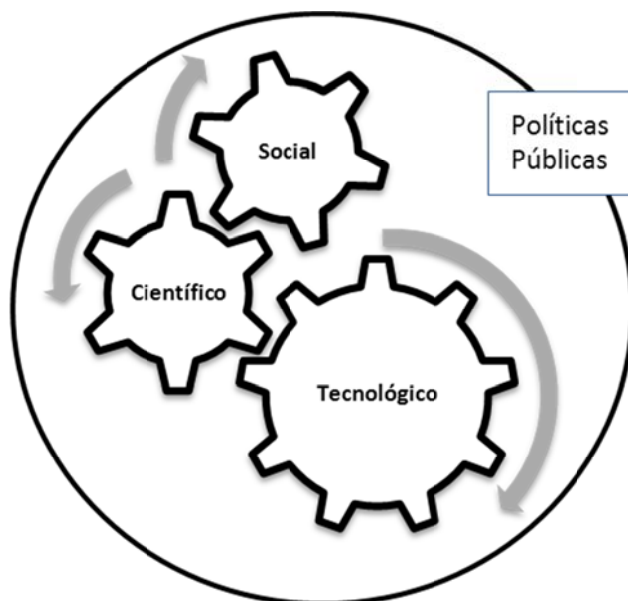


Figura 2 - Relação das Políticas Públicas com o desenvolvimento regional. Ribeirão Preto, 2012

Neste raciocínio constata-se que o desenvolvimento científico está associado com o progresso da sociedade como um todo, de modo que a ciência se estabelece como fonte de soluções de problemas e orientações estratégicas (GUIMARÃES, 2006).

A pesquisa científica permite a condição de “*criação de conhecimentos, métodos e tecnologia que dê suporte ao pleno desenvolvimento do Sistema Único de Saúde*” e, na perspectiva do cuidado integral, este desenvolvimento tem reflexo em todas as áreas da sociedade (TRAVASSOS e NOVAES, 2004, p. 144).

Assim, ciência e tecnologia são fundamentais para a condição da vida humana e essenciais para o desenvolvimento social, uma vez que conduzem a uma reordenação do próprio ser, com suas expectativas e projetos, como também do espaço habitado por ele e sua comunidade. Enquanto sociedade, não se deve permitir que estes fatores de desenvolvimento representem um agravamento das diferenças. O princípio de sistema *Único* deve conduzir a um movimento pelo estabelecimento de uma sociedade *Única*, no que diz respeito ao desenvolvimento social (CARVALHO, 1997, CASTRO e AQUINO, 2008).

Precisamos urgentemente estabelecer um novo paradigma para o nosso desenvolvimento, para que este gere um crescimento sustentado a longo prazo e dependa essencialmente das nossas próprias decisões. Esse paradigma é a inovação tecnológica e, no esforço de criar essa nova cultura, todas as instituições de pesquisa têm um papel fundamental e indeclinável. Esperemos que assumam essa liderança e não deixem escapar essa oportunidade histórica de mostrar as suas funções sociais (NICOLSKY, 2001, p.107).

Outro dado importante observado nos artigos relaciona-se ao tipo de estudo. Dos 17 estudos selecionados, 12 se caracterizam por serem estudos de caráter qualitativo, 04 quantitativos e 01 quanti-qualitativo.

Tal achado reflete uma possibilidade marcante das profissões da saúde que se baseiam nas interações humanas e nos reflexos que essas interações têm na composição dos diversos processos de trabalho que se estabelecem.

As diversas profissões da saúde, especialmente a enfermagem, transitam predominantemente nas relações interpessoais e de assistência à saúde e doença. Por isso encontram coerência na interação humana e no aprofundamento das experiências individuais possibilitadas pela pesquisa qualitativa (LOPES e FRACOLLI, 2008, p. 772).

Apesar das pesquisas em saúde buscarem esta compreensão das experiências individuais e coletivas por intermédio de uma abordagem qualitativa, alguns estudos voltados para o campo da administração utilizam a abordagem quantitativa. Tal enfoque se justifica uma vez que a utilização de indicadores tem se tornado cada vez mais frequente como critério de tomada de decisão em gestão (KLUCK, 2008).

A evidência científica aponta o crescimento de estudos qualitativos como uma tendência na área da enfermagem. Nas duas primeiras décadas de inclusão desta temática nos programas de pós-graduação stricto sensu a prevalência de estudos quantitativos era notória. A década de 90 representa a inclusão da abordagem qualitativa nas pesquisas em enfermagem (CIAMPONE et al, 2005).

Diante do exposto, vale ressaltar que não há uma hierarquização de importância entre o método quantitativo e qualitativo. Deve-se estabelecer a escolha do método adequado ao projeto de pesquisa desenvolvido de modo que suas propriedades fundamentais sejam preservadas.

Além disso, os artigos se caracterizaram principalmente por trabalhos descritivos e exploratórios. Assim, o perfil das pesquisas em enfermagem tem sido o de compreender, entender, caracterizar e descrever. Da amostra, todos os estudos se voltaram para este objetivo. Tal evidência se conforma com a tendência das pesquisas em enfermagem.

Quanto ao método de investigação, tipo de estudo ou pesquisa, prevaleceram os estudos exploratórios de abordagem qualitativa, os de conhecimento da realidade ou compreensão dos fenômenos sociais, indicando mudança de paradigma no processo de construção de conhecimento na enfermagem, o que evidencia tendência para estudos com abordagem qualitativa (RODRIGUES et al, 2008, p. 08).

Diante dessa realidade, o grande desafio posto para a enfermagem é o desenvolvimento de pesquisas experimentais que possam contribuir para ações intervencionistas voltadas para a prática profissional (RODRIGUES et al, 2008).

O caminho para esta mudança no perfil do pesquisador em enfermagem vem sendo alterada com a introdução de metodologias ativas na sua formação. Essas metodologias inserem o acadêmico num ambiente desafiador e o estimula a se utilizar do conhecimento como uma ferramenta de trabalho constante. Desta forma, sua formação se fundamenta numa dialética do conhecimento com a prática, da pesquisa com a ação, do problema com a solução contribuindo para um perfil crítico-reflexivo (MARIN et al, 2010).

Outra análise apresentada no conjunto da amostra é o tipo de instituição em que a pesquisa foi realizada. Há um predomínio das pesquisas realizadas em um ambiente hospitalar, mas aparece outras instituições em que as equipes de saúde estão presentes e onde a presença da enfermagem é indispensável.

A Equipe de Enfermagem tem se caracterizado cada vez mais por uma atuação ampla e diversificada. A formação generalista determinada pelas Diretrizes Curriculares (2001) visa o preparo do profissional enfermeiro a fim de que esteja apto a exercer suas atividades nos ambientes mais diversos dos serviços de saúde e que estão sendo incorporados na busca de um atendimento integral para a sociedade.

Desta forma, o enfermeiro tem assumido funções tanto operacionais como gerenciais, requerendo uma atuação embasada em competências técnicas, políticas, sociais, dentre outras. Para tanto, sua formação necessita habilitá-lo de forma generalista, humanista, crítica e reflexiva, para que assim ele consiga atender às expectativas específicas e intrínsecas de cada modalidade do serviço de saúde.

Nesta análise geral da amostra, também foram identificados os sujeitos da pesquisa, conforme expõe o Quadro 19.

Sujeitos da Pesquisa	AMOSTRAS SELECIONADAS																
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
Auxiliar de Enfermagem	■						■		■	■		■			■	■	■
Técnico de Enfermagem							■	■	■	■		■			■		
Enfermeiros	■			■		■		■		■	■		■				■
Gerente/ Coordenador				■										■			
Médicos	■									■							
Assistente Técnica de Saúde							■										
Gestores Municipais					■												
Auxiliar de Consultório Dentário	■			■													
Agente Administrativo				■													
Vigia				■													
Assistente Social				■													
Farmacêutico				■													
Psicólogo				■													
Bioquímico				■													
Odontólogos	■																
Agente Comunitário de Saúde	■																
Profissional de Nível Superior		■															
Usuário			■														
Funcionários (Sem especificação)			■														

Quadro 19 - Distribuição das amostras segundo o vínculo com o serviço de saúde, Ribeirão Preto, 2012

Apesar de esta pesquisa estar sendo norteadada pelo descritor controlado “Enfermagem”, ela também tem como referência a “Gestão Participativa” em suas diversas modalidades. Por esta razão, chama atenção a pouca participação de outros atores, além da enfermagem, nos estudos selecionados.

Considerando o contexto do SUS e da Gestão Participativa, o trabalho em saúde é caracterizado pela atividade multiprofissional, por equipes interdisciplinares e, ainda, pela participação e controle social. Mesmo que se queira conhecer ou analisar a atuação específica de uma categoria profissional, não se deve desconsiderar a visão daqueles que participam da construção coletiva do cuidado.

Sendo assim, *“uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde”* (CECÍLIO, MERHY, 2003, p. 02).

O pano de fundo dessa modalidade de gestão é o aprofundamento e o estabelecimento da democracia. Seus atores precisam estar aptos para o bom desempenho de seus papéis. Para tanto, eles dependem da ocupação dos espaços já existentes para participação e controle na construção do modelo de atenção.

O caminho da democracia passa de maneira efetiva pela consolidação do SUS em seus princípios e diretrizes. Assim, seus impasses, dilemas, objetivos, potencialidades devem ser recolocados diante de seus atores constantemente na busca por alternativas, propostas no intuito de se criar um compromisso de todos com o modelo estabelecido (COSTA e LIONÇO, 2006).

Neste sentido, se torna fundamental para um adequado entendimento das relações do processo de trabalho na perspectiva da Gestão Participativa, a inclusão dos demais sujeitos que participam da construção do cuidado, das equipes multidisciplinares e daqueles que compõem o objeto do cuidado, o usuário.

Este formato de organização dos processos se reproduz em todos os níveis e estabelece uma nova forma de se fazer as coisas, uma vez que os serviços se organizam de modo a responder diariamente às necessidades e expectativas de seus sujeitos. *“Assim, o processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, quando esta funciona sob uma certa hegemonia do trabalho vivo, vai-nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva”* (FRANCO, 2006, p. 02).

A leitura dos artigos selecionados seguiu a proposta da análise temática de conteúdo, segundo Minayo (2001), e alguns temas emergiram da leitura de modo que eles representam alguns aspectos importantes do Trabalho em Enfermagem no contexto da Gestão Participativa.

Desta forma, foram identificados os seguintes temas nas amostras selecionadas:

1. Reorientação da Prática Assistencial
2. Força de Trabalho
3. Gestão Ética
4. Participação
5. Liderança
6. Administração de Conflitos
7. Qualificação Profissional
8. Formação Política
9. Flexibilização das Relações

Observe o quadro a seguir:

SUBTEMAS ENCONTRADOS NAS AMOSTRAS SELECIONADAS	
<p>Descentralização das decisões; Aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho; Participação no aperfeiçoamento constante do processo de trabalho; Descentralização das decisões Capacitação e qualificação de seus trabalhadores; Autonomia; Planejamento participativo; Construção de um cuidar/assistir mais cooperativo e integral; Desenvolvimento da criatividade; Humanização das relações; Valorização pessoal e profissional Compromisso com a democratização das relações de trabalho Ênfase no trabalho das equipes; Profissionalização dos gerentes; Ênfase na “comunicação lateral”; Ênfase na satisfação dos clientes internos e externos; Ampla participação no processo decisório; Maior autonomia; Visão de interdependência entre as várias unidades de produção; Atenção à saúde fosse mais humanitária; Compromisso com a qualidade do atendimento; Tomada de decisão mais rápida e eficiente; Incentivar a responsabilização de toda a equipe na produção do cuidado; Desenvolver e aprimorar habilidades em comunicação compatíveis com o trabalho em equipe; Exercer o papel de mediador, coordenador, facilitador e articulador das ações e atividades a serem implementadas pela unidade de saúde; Qualificação profissional por meio da educação permanente. Liderança da Equipe; Poder de comunicação; Senso de justiça; Humildade; Controle Emocional; Organização. Liderança do enfermeiro na equipe; Administração ética; Comunicação lateralizada entre os trabalhadores; Conhecimento da estrutura organizacional; Construção coletiva do cuidado; Satisfação do cliente; Qualificação da equipe; Equipe autônoma. Diálogo para tomada de decisões; Construção compartilhada do conhecimento; Produções de vínculo, acolhimento, autonomia e gestão; humano; Fortalecer o senso de equipe; Educação Permanente; Capacitar para autonomia; Exercício do potencial criativo; Qualificação contínua; Comunicação mais intensa e lateralizada; Relação humanizada na equipe;</p>	<p>Desenvolver habilidades técnico-científicas; Desenvolver habilidades de liderança; Análise do processo de trabalho; Articulação entre as equipes; Promoção de comunidades ampliadas de pesquisa; Construção de espaços ampliados de pesquisa; Processo contínuo de construção e desconstrução de saberes, valores e de avaliação; Produção de novas formas de fazer no cotidiano de trabalho; Abertura de espaços de diálogo e aprendizado coletivo; e Ampliar os potenciais criativos dos trabalhadores. Valorização das diferentes opiniões; Administração de situações de conflito; Inserção do enfermeiro na equipe de enfermagem; Acolhimento adequado; Satisfação do cliente; Construção de uma relação de confiança; Agilidade nas decisões e ações; Dimensionamento quali-quantitativo dos RH; Maior participação nas reuniões; Maior participação nas decisões; Ambiente com maior motivação para o trabalho; Maior autonomia na resolução dos problemas; Comunicação lateralizada; Comunicação com a gerência com poder de decisão; Valorização do trabalhador; Formação política do trabalhador; Participação do trabalhador nos processos decisórios; Acesso às informações; Envolvimento do trabalhador em todas as etapas do projeto terapêutico; Articulação das diferentes áreas e conhecimentos; Trabalho humanizado; Educação em saúde; Recursos materiais e físicos; Contratação de RH; Melhor remuneração; Construção de participação efetiva de todos os sujeitos; Formação política; Agregar reflexão crítica à sua prática; Busca de conhecimentos em diversas áreas relacionadas com a atuação; Desenvolvimento das habilidades fundamentais no trato com a equipe de trabalho; Manter atitudes coerentes com a qualificação; Formação contínua da competência profissional; Valorização do trabalhador enquanto ser humano; Inserção do enfermeiro na equipe de enfermagem.</p>

Quadro 20. Subtemas encontrados nas amostras selecionadas, Ribeirão Preto, 2012.

AGRUPAMENTO DOS SUBTEMAS EM TEMAS CENTRAIS		
1. Reorientação da Prática Assistencial	2. Força de Trabalho	3. Gestão Ética
Desenvolvimento da criatividade Satisfação do cliente Construção coletiva do cuidado Relação humanizada na equipe Agregar reflexão crítica à sua prática Busca de conhecimentos em diversas áreas relacionadas com a atuação Ambiente com maior motivação para o trabalho Valorização do trabalhador enquanto ser humano Construção de um cuidar/assistir mais cooperativo e integral Produção de novas formas de fazer no cotidiano de trabalho Envolvimento do trabalhador em todas as etapas do projeto terapêutico; Ampliar os potenciais criativos dos trabalhadores Ênfase na satisfação dos clientes internos e externos	Construção coletiva do cuidado Trabalho em Equipe Inserção do enfermeiro na equipe de enfermagem Articulação entre as equipes Construção de um cuidar/assistir mais cooperativo e integral Envolvimento do trabalhador em todas as etapas do projeto terapêutico Construção de uma relação de confiança Dimensionamento quali-quantitativo dos RH	Autonomia Senso de justiça Relação humanizada na equipe Administração ética Ampla participação no processo decisório Profissionalização dos gerentes Valorização do trabalhador enquanto ser humano Construção de um cuidar/assistir mais cooperativo e integral Envolvimento do trabalhador em todas as etapas do projeto terapêutico; Construção de uma relação de confiança Ênfase na satisfação dos clientes internos e externos
4. Liderança	5. Administração de Conflitos	6. Participação
Senso de equipe Construção coletiva do cuidado Inserção do enfermeiro na equipe de enfermagem Articulação entre as equipes Ampla participação no processo decisório Ambiente com maior motivação para o trabalho Profissionalização dos gerentes Agilidade nas decisões e ações Construção de um cuidar/assistir mais cooperativo e integral Ampliar os potenciais criativos dos trabalhadores	Habilidades em comunicação Relação humanizada na equipe Agregar reflexão crítica à sua prática Controle Emocional Ampla participação no processo decisório Profissionalização dos gerentes Construção de uma relação de confiança Poder de comunicação	Descentralização das decisões Autonomia Satisfação do cliente Construção coletiva do cuidado Comunicação lateralizada entre os trabalhadores Tomada de decisão mais rápida e eficiente Ampla participação no processo decisório Ambiente com maior motivação para o trabalho Agilidade nas decisões e ações Produção de novas formas de fazer no cotidiano de trabalho
7. Qualificação Profissional	8. Formação Política	9. Flexibilização das Relações
Aperfeiçoamento constante Desenvolvimento da criatividade Desenvolver habilidades técnico-científicas Agregar reflexão crítica à sua prática Busca de conhecimentos em diversas áreas relacionadas com a atuação Tomada de decisão mais rápida e eficiente Profissionalização dos gerentes Agilidade nas decisões e ações Produção de novas formas de fazer no cotidiano de trabalho Ampliar os potenciais criativos dos trabalhadores	Autonomia Construção coletiva do cuidado Agregar reflexão crítica à sua prática Acesso às informações Conhecimento da estrutura organizacional Busca de conhecimentos em diversas áreas relacionadas com a atuação Tomada de decisão mais rápida e eficiente Profissionalização dos gerentes Envolvimento do trabalhador em todas as etapas do projeto terapêutico; Melhor remuneração Dimensionamento quali-quantitativo dos RH	Descentralização das decisões Construção coletiva do cuidado Relação humanizada na equipe Inserção do enfermeiro na equipe de enfermagem Controle Emocional Articulação entre as equipes Comunicação lateralizada entre os trabalhadores Ampla participação no processo decisório Construção de uma relação de confiança

Quadro 21. Temas centrais identificados nas amostras selecionadas, Ribeirão Preto, 2012.

Tema 01: Reorientação da Prática Assistencial

Nos estudos que incluíram trabalhadores de diferentes níveis de formação, foi possível observar certa contradição no teor das entrevistas. Enquanto que para os profissionais de nível superior o trabalho em equipe acontece de maneira satisfatória, para aqueles que ocupam cargos técnicos existe um distanciamento e, ainda, uma relação predominantemente verticalizada na tomada de decisão e no estabelecimento da comunicação.

A identificação deste discurso apresenta um agir comunicativo limitado e uma configuração fragmentada da equipe de trabalho. Assim, o cuidado oferecido tende a representar o perfil do trabalho vivenciado estabelecendo lacunas entre princípios e diretrizes e a prática dominante no cotidiano dos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde.

Provavelmente, a diferença nos discursos representa um processo em que “*os sujeitos podem encontrar-se apenas reiterando regras técnicas e valores subjacentes que já não representam acordos livremente negociados; podem encontrar-se em relações de submissão e subordinação, alienados da dimensão da interação*” (PEDUZZI, 2012, p. 05).

Esse distanciamento existente entre princípios e prática assistencial precisa ser reduzido de modo que o discurso representativo do sujeito coletivo possa ser coerente, não pela imposição de um poder meramente hierárquico, mas pela ocupação dos espaços de construção coletiva.

Entre o projeto institucional e o projeto de trabalho de cada equipe, há que haver um elo que entendemos estar representado nos valores vigentes entre os trabalhadores do serviço e no modelo assistencial adotado, o qual se espera estar orientado pela integralidade da saúde, tendo em vista a problematização do trabalho em equipe. Modelo de atenção que cabe à gerência local e aos trabalhadores da assistência e do cuidado traduzir, tanto para a dimensão de organização do trabalho como dos processos de trabalho das variadas áreas profissionais (PEDUZZI, 2012, p.09).

A prática assistencial necessita ser reorientada tendo por base os princípios e diretrizes do SUS. A fim de que sejam incorporados à prática de forma definitiva na oferta de um cuidado ampliado e humanizado, os atores envolvidos necessitam se inserir nos serviços de saúde e participar de forma ativa na organização do trabalho e não se limitarem a aceitação de uma mera determinação de tarefas a serem cumpridas.

Os trabalhadores necessitam se libertar das práticas de saúde moldadas pelo modelo hegemônico e perpetuadas por uma prática que se reproduz sem intencionalidade (KURCGANT e CIAMPONE, 2005).

Tema 02: Força de Trabalho

A enfermagem nos é apresentada com sobreposição de funções em diversas situações. Algumas vezes ela assume a gerência da unidade e “resolve todos os problemas”. Outras, ela assume a interlocução com todos os profissionais envolvidos no cuidado. Contudo, essa sobreposição de funções leva ao afastamento da assistência e do cuidado específico e, conseqüentemente, à perda de contato com sua equipe e com o usuário.

Desta forma, o enfermeiro tem assumido “voluntariamente” atividades que não foram delegadas a ninguém e deixado aquelas que muitas vezes são de sua competência direta. Por fim, ele acaba sendo cobrado pela sua atividade e não sendo reconhecido pelo que foi realizado.

Esta sobreposição de atividades pode conduzir o trabalhador a uma sobrecarga de trabalho, com aumento do desgaste físico e emocional. De um modo geral, “*a organização do trabalho é um fator potencialmente desestabilizador da saúde mental dos trabalhadores*”, havendo sobrecarga esse desgaste será, provavelmente, maior e as conseqüências serão agravadas (SPINDOLA et al, 2007, p. 213).

Em estudos realizados com relação à sobrecarga de trabalho dos enfermeiros tem sido constatada a insatisfação que estes sentem com relação ao próprio desempenho. Tal frustração tem sido causada tanto pelo afastamento do papel de cuidador, motivo pelo qual este se inseriu no trabalho de enfermagem, como também pelo acúmulo de responsabilidades sem a devida autonomia para o cumprimento das atividades impostas (FELICIANO et al, 2010; PRATA, 2011).

Outro aspecto salientado é com relação às atividades do profissional enfermeiro que se sobrepõem com priorização das atividades administrativas em detrimento da assistencial. O enfermeiro tem que “resolver tudo” e a assistência acaba ficando sob a responsabilidade da equipe que sente a ausência de seu coordenador.

A dimensão administrativa dos serviços de saúde faz parte da composição da assistência, tanto quanto o cuidado, propriamente dito. Na busca de um atendimento integral, torna-se fundamental a organização adequada do serviço e o preparo técnico para a execução

das ações. São as diversas dimensões do cuidar que compõem a integralidade do cuidado (BUENO e BERNARDES, 2010; PEDUZZI, 2012).

Portanto, a diversidade de atividades não pode ser vista como um impedimento para a oferta de uma atenção integral. Provavelmente, essa variedade de atribuições permita ao enfermeiro uma possibilidade maior de intervenção numa dada realidade. No sistema de cuidados o papel do enfermeiro está pautado em concepções da administração e da psicologia e em referenciais da sociologia e outros, por se compreender a sua prática como prática social a partir de um processo dinâmico que envolve uma rede de relações, interações, associações e significados (BACKES et al, 2008, p. 320).

Evidentemente que as atividades com que a enfermagem se envolve, mesmo que otimizadas em sua finalidade e utilizadas de forma proativa, apresentam um reflexo com relação ao desgaste físico e emocional. Por esta razão, se torna fundamental que a instituição valide a intervenção do enfermeiro por meio de algum tipo de valorização.

Talvez se deva ponderar acerca da distribuição dessas funções e considerar de que forma pode haver um mais adequado reconhecimento dos papéis desenvolvidos pelos enfermeiros nos serviços de saúde e, especificamente, nos serviços de enfermagem. “*Sem dúvida, estas propostas explicitam a necessidade do profissional ser reconhecido como elemento de essencialidade no contexto organizacional*” (KURGANCT et al, 2009, p. 543).

Tema 03: Gestão Ética

Outro tema que se destaca, aponta um direcionamento na ação do enfermeiro em seu papel como coordenador e que se fundamenta no comportamento ético caracterizado com senso de justiça, bom relacionamento interpessoal, controle emocional e comunicação adequada. Mas, também destaca a importância da competência técnica que se traduz no planejamento, organização e liderança das ações práticas do cuidado e atividades administrativas.

O comportamento ético no contexto da gestão em saúde é fundamental para a formação de um ambiente propício à valorização do trabalho vivo. A gestão participativa percebe o trabalhador enquanto sujeito, enquanto ser e tal visão tem como ponto de partida a abordagem ética da vida. Ela revela “*como deveria ser a conduta e ações de uma pessoa no que se refere a si mesma, a outros seres humanos e ao ambiente*” (BENITO e BECKER, 2007, p. 315).

Assim, tendo como ponto de partida a ética, as relações serão construídas no contexto do respeito e valorização do ser humano e de suas potencialidades no sentido mais amplo.

Fica estabelecido um caminho que inclui o tratar com respeito e carinho, amor, empatia, capacidade de colocar-se no lugar do outro, acolhimento, aceitação do outro, diálogo, tolerância, tratar do outro com respeito e educação, aceitar as diferenças, resgatar a dimensão humana nas práticas de saúde. Outros sentidos também são evocados, tais como: acolhimento resolutivo, participação no SUS, corresponsabilidade, inclusão, controle social, ética, não discriminação, transformar o SUS, valorização do trabalhador, dentre outros (HECKERT et al, 2009,p 469).

Desta forma, não se estabelece apenas um sistema de saúde, mas um sistema que une as pessoas em torno de um bem maior que é a vida. Trata-se do reconhecimento do outro e daquilo que ele produz. A ética valoriza a todos enquanto seres humanos e une gestores, trabalhadores e usuários no que poderíamos chamar de sistema único de vida e vida com qualidade (HECKERT et al, 2009).

A ética pode parecer subjetiva, mas, agregada ao comportamento, é decisiva na construção de objetividade aos resultados. Ela é uma garantia que além de oferecer e disponibilizar os recursos físicos, materiais e financeiros, também garante, por decisão pessoal e profunda, a disponibilização de todos os talentos e conhecimentos por livre e espontânea opção.

Por fim, a ética é fundamental e explicada pelos seguintes porquês:

- *"porque satisfaz à exigências éticas atuais de a pessoa ser vista como sujeito e protagonista, usuário crítico, livre e responsável dos serviços de saúde;*
- *porque restitui à pessoa sua competência moral;*
- *porque sensibiliza o reconhecimento dos problemas éticos no âmbito da saúde e da vida de forma recíproca: o "outro" (alter) também "sou eu";*
- *porque significa a solidariedade comum e a responsabilidade recíproca;*
- *porque rompe com o paternalismo e o absolutismo frequentes na área da saúde (profissional x cliente), onde o cliente é visto mais como recipiente de ordens;*
- *porque torna a relação profissional x cliente uma relação de colaboração em atitude adulta, conferindo respeito mútuo"* (TREVIZAN et al 2002, p. 88, *apud* CORREIA, 1993)

Tema 04: Participação

A pesquisa evidenciou que o trabalhador de nível técnico encontra-se insatisfeito no contexto institucional, uma vez que sua participação no cotidiano da instituição se resume ao cumprimento das decisões tomadas em níveis hierárquicos superiores e a realização das atividades que lhe são determinadas têm caráter exclusivamente técnico.

O profissional de enfermagem deseja fazer parte do cuidado em um processo mais profundo do que aquele em que participa apenas da execução de uma técnica. O profissional de nível técnico deseja superar o modelo hegemônico de cuidado e poder atuar com maior autonomia e, conseqüentemente, maior poder na liberdade de julgamento e tomada de decisão (PIRES, 2009).

A prática da assistência de enfermagem no contexto de uma gestão hierárquica e centralizadora conduz a equipe a uma condição desgastante e desmotivante no desempenho de suas funções. Nestas circunstâncias o trabalho se desenvolve de forma individualista e fragmentada dificultando a construção de um cuidado integral, acolhedor e humanizado.

Em tais condições observa-se a necessidade da criação de um ambiente que agregue e estimule os valores e capacidades individuais compondo uma equipe dinâmica, criativa, motivadora e que busque humanização e resolutividade.

Enfim, o SUS que dá certo é aquele que se afirma como prática contra-hegemônica aos processos de sucateamento da vida, de recusa aos processos de precarização do trabalho, de enfrentamento às práticas de tutela de trabalhadores e usuários, afirmando o direito a uma vida que difere e fabrica um comum. Trata-se de dar destaque, fazer referência explícita aos direitos dos usuários e dos trabalhadores de saúde, potencializando a capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia numa configuração coletiva dos processos de atenção e gestão (HECKERT, 2009, p. 496).

Estudos realizados em instituições que tenham adotado a Gestão Compartilhada oportunizam um clima organizacional com características que refletem o compartilhamento do poder e da construção coletiva do cuidado. Neste caso, identifica-se uma organização que busca criar condições para que o modelo de gestão possa ter êxito através da reformulação dos processos, adequação dos recursos físicos, materiais e humanos de modo que o cliente externo se torne o foco da atenção organizacional e o cliente interno se torne participativo e comprometido.

“Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas” (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 50).

Os artigos analisados revelaram os benefícios das mudanças implantadas. Maior participação nas tomadas de decisão e melhor comunicação entre os profissionais são algumas das mudanças percebidas. Apesar dos pontos positivos, foi identificado que as mudanças não ocorreram de maneira uniforme.

Foi possível identificar falhas ou percepções dissonantes entre o discurso oficial da organização e o cotidiano vivido pelos seus trabalhadores. Tais ruídos podem assumir diversas representações que percorrem o caminho do amadurecimento natural das inovações até a falta de vontade política para que elas se efetivem definitivamente.

Diante do contexto organizacional, com um modelo de gestão colegiada em curso, os argumentos levantados pelos trabalhadores se caracterizam por uma análise mais profunda do contexto vivenciado e assumem o formato de uma reivindicação consciente de suas possibilidades. Talvez sua capacidade de argumentação esteja mais desenvolvida em razão do convívio em um ambiente mais democrático.

A possibilidade de liberdade aguça os sentidos e desperta o senso crítico de modo que uma vez percebida não se renuncia a ela. A gestão participativa permite a formação do sujeito ativo e uma vez lhe apresentado esta opção, dificilmente sua consciência será silenciada novamente (PERUZZO, 2002).

De qualquer forma, depois de ter vislumbrado um modelo de organização do trabalho que lhes apresente a possibilidade de autonomia, de liberdade, de participação e de uso da criatividade se torna muito difícil aceitar algum comportamento diferente do que é definido pela organização.

O principal pressuposto de qualquer modelo de gestão de vertente democrática é a inclusão dos sujeitos que participam da organização em todas as etapas de composição do processo de trabalho. Excluir essa participação em algum momento é tentar estabelecer um princípio pelo seu oposto.

Portanto, a implantação da gestão compartilhada ou colegiada, que pressupõe relações horizontalizadas, não deve ser estabelecida de forma verticalizada. Caso contrário, apesar de algumas melhorias com relação à assistência prestada, não haverá a adesão dos trabalhadores em diversas propostas que surgirem com a mudança.

A democracia, em suas mais diversas manifestações, deve ser um movimento que se fortaleça de baixo para cima, de modo que os espaços criados pelo estabelecimento da cidadania sejam devidamente ocupados pelos atores envolvidos para que se tornem colaboradores para o estabelecimento dos novos valores (SARMENTO, 2005).

Os temas encontrados revelam trabalhadores desejando assumir o seu papel na construção do cuidado. Se a gestão é participativa, eles querem participar. Efetivar a proposta gerencial depende da inclusão de todos os sujeitos na construção do processo de trabalho com autonomia, responsabilidade e motivação.

Essa participação adquire alguns significados importantes. Primeiramente, ela se torna um dispositivo pedagógico, uma vez que os trabalhadores consagrarão seus conhecimentos aprendidos e apreendidos por meio das decisões a serem feitas. Esta é a aprendizagem prática da democracia. Em segundo lugar, a participação se torna uma necessidade simbólica, pois seus saberes serão mobilizados para o estabelecimento dos espaços de diálogo. E por último como processo político, na formação de uma racionalidade na comunicação como consequência da apropriação da reflexão e intervenção (SARMENTO, 2005).

A Gestão Participativa não pode depender de fatores unilaterais para que aconteça. Os espaços estão consolidados pela Constituição e pelas políticas públicas específicas. Estes espaços precisam ser preenchidos. Assim existe a necessidade de todos os sujeitos pertencentes à construção do cuidado assumirem e desempenharem seu papel no contexto do SUS.

Tema 05: Liderança

A ausência do enfermeiro como líder da equipe faz com que o técnico e o auxiliar de enfermagem se sintam desamparados na instituição com relação ao seu papel político.

Nos estudos localizados, foi identificado que a equipe de enfermagem deseja maior envolvimento do enfermeiro nas atividades diárias e, conseqüentemente, eles esperam obter um maior conhecimento da estrutura da instituição e desenvolver uma comunicação mais eficaz nas relações de trabalho.

O desejo expresso pelos trabalhadores de enfermagem está alinhado com a idéia de liderança predominante nos dias atuais. A liderança traz o conceito de articulação, coordenação, integração, de modo que o papel do líder é despertar novas lideranças e compartilhar responsabilidades e representatividade (BUENO e BERNARDES, 2010; COSTA e COSTA e DALL'AGNOL, 2011).

A busca não é por controle, mas sim pelo sentimento de pertencer a um contexto maior do que o cuidado oferecido. Eles desejam colaborar na construção do cuidado, uma vez que, estando mais perto do usuário, sentem que podem contribuir para uma maior satisfação deste no atendimento de suas necessidades.

Historicamente, a enfermagem apresenta um estilo de liderança que centraliza e controla as atividades a serem desempenhadas e, praticamente, os profissionais de nível médio são encarados como instrumento de trabalho (BUENO e BERNARDES, 2010).

A gestão participativa propõe uma mudança neste paradigma. Ela estabelece uma relação dos atores enquanto pares e, portanto, participantes do mesmo propósito, possibilidades, individualidades, sendo observadas as respectivas competências estabelecidas pelos referidos conselhos de classe.

Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque dependente de Trabalho Vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo. Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações intersejoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde (MERHY e FRANCO, 2003, p. 04).

Neste objetivo, existe um consenso de que o perfil da equipe no desempenho de suas atividades e no estabelecimento das relações de trabalho dependa, em grande medida, do tipo de liderança presente em suas atividades (COSTA e DALL'AGNOL, 2011).

A liderança afeta diretamente a atuação da equipe de enfermagem desde o seu envolvimento com o cuidado até a qualidade presente na sua oferta, “*uma vez que promove a auto-eficácia da equipe, a qualidade da assistência e atende aos objetivos da organização*” (STRAPASSON e MEDEIROS, 2009, p. 229).

Para tanto, a equipe de enfermagem acredita que os enfermeiros carecem de um preparo específico em liderança, desenvolvendo suas habilidades e competências para uma administração ética e competente, oportunizando a toda equipe um ambiente adequado de trabalho e desempenho de suas funções.

Assim os enfermeiros necessitam desenvolver suas habilidades de liderança no preparo que alcance limites além da busca por conhecimentos técnicos. Competências emocionais, intelectuais, espirituais são necessárias e talvez fundamentais no exercício de uma liderança proativa (STRAPASSON e MEDEIROS, 2009).

As evidências encontradas apresentaram uma supervisão de enfermagem ausente, distante da equipe nas atividades diárias. Desta forma, as necessidades da equipe para o desempenho de suas atividades não são percebidas e, portanto, não são desenvolvidas atividades de qualificação e capacitação, seja através da educação continuada ou permanente.

A supervisão assume um caráter de controle e fiscalização e se perpetua na construção de um cuidado centrado nas profissões, nas técnicas e rotinas e não na necessidade do usuário ou no cuidado que ele busca.

A gestão atual descreve um quadro diferente de atenção à saúde. A liderança exercida inclui seus atores na construção da satisfação de suas necessidades e expectativas. Fica estabelecido um projeto terapêutico.

É necessária uma gestão eficaz por parte da equipe de saúde, à qual o usuário está vinculado, do seu projeto terapêutico. Isto se dá, com objetivo de garantir que os atos cuidadores sejam de fato eficazes para conseguir os resultados de autonomização, fazendo da integralidade um importante dispositivo para a abertura de muitos processos de mudança em toda rede assistencial. Sobretudo, age assim como dispositivo instituinte do processo de trabalho e da produção do cuidado em saúde (MERHY e FRANCO, 2003, p. 12).

Tema 06: Administração de Conflitos

O gerenciamento de conflitos tem sido categorizado como uma competência gerencial fundamental para a resolução de problemas nas relações interpessoais e, portanto, essencial para as atividades que se organizam por equipes de trabalho (ROTHBARTH et al, 2009).

Considerando que a gestão participativa inclui novos atores sociais na organização do processo de trabalho e que todos eles são colocados como pares numa relação horizontalizada, a negociação de conflitos não representa uma ferramenta adicional, mas sim, indispensável para a construção de relacionamentos interpessoais satisfatórios para o desempenho de suas funções.

Assim, a capacidade desenvolvida para a negociação nas ações gerenciais depende da habilidade desenvolvida para promoção dos ajustes e intervenções na prática dos atores que compõem o evento (PROCHNOW, 2007).

Os conflitos, atualmente, são vistos como inevitáveis nas relações humanas. Uma das certezas com relação às atividades compostas por relacionamentos interpessoais é que os conflitos existirão. Resta a determinação sobre a forma como os conflitos serão vistos e abordados, o que colaborará para a formação do perfil dominante das relações de trabalho.

O relacionamento no trabalho é um processo complexo, pois cada pessoa traz consigo ligações por laços profissionais, afetivos, amigáveis e afinidades, sendo condicionadas por uma série de atitudes recíprocas. Consequentemente, essas características possibilitam ao trabalhador conviver com maior ou menor habilidade com seus pares nos locais de trabalho (CORRADI et al, 2008, p. 185).

Diante dessa realidade, a existência de conflitos tem sido relacionada com as diversas dimensões das relações interpessoais, como por exemplo, a falta de responsabilidade, cooperação, motivação, informação, escassez de recursos humanos e escalas de serviço.

As causas citadas se tornam precursoras de conflitos quando são interpretadas à luz de atitudes centralizadas que conduzem os trabalhadores a ações individualizadas e centradas em suas próprias tarefas e obrigações, desconsiderando as necessidades coletivas. Mal-entendido, suposição, desconfiança, egoísmo, desrespeito podem conduzir a uma condição de conflito, situações típicas do cotidiano de qualquer relacionamento (CORRADI et al, 2008).

A gestão participativa representa uma modalidade gerencial que estimula a exposição e expressão dos valores, pensamentos, potencialidades e conceitos. Ela depende do coletivo e só existe a partir deste. Teoricamente, trata-se de um modelo que estimula a variedade de opiniões e a diversidade de propostas. Nesse sentido, a possibilidade de conflitos neste ambiente se torna maior.

Diante dessa realidade, aqueles que assumem o papel de articuladores precisam estar habilitados a exercerem tal função. Deve haver um devido preparo para esta finalidade. *“Se as emoções determinarem como conduzir o conflito há grande probabilidade de que tome o caráter negativo e produza efeitos desastrosos nas relações”* (CORRADI et al, 2008, p. 185).

Com relação aos enfermeiros, nos estudos selecionados, foram identificadas distintas reações frente aos conflitos de suas equipes indicando que cada postura depende mais de qualidades pessoais do que de um devido preparo para as situações diversas e adversas.

Tratado como competência, a negociação de conflitos é passível de desenvolvimento, mediante o esforço coordenado e consciente das próprias limitações e possibilidades. O processo gerencial do enfermeiro e as competências e habilidades necessárias não podem ser consideradas como questão de sorte. A gerência será estabelecida mediante um desenvolvimento harmonioso e coerente da capacitação e consequente qualificação (PROCHNOW, 2007).

Tema 07: Qualificação Profissional

A Qualificação Profissional em Saúde é apresentada como o ponto de partida para a própria Gestão Participativa e, na realidade, continua sendo a garantia de seu êxito em todo o seu processo. Esta modalidade de formação não se esgota, uma vez que ela é permanente e, além disso, ela busca a adequação constante do trabalhador às adversidades e variações do cotidiano no ambiente de trabalho.

Fica evidente a necessidade de preparo por parte do enfermeiro para o desempenho das atividades de gerenciamento, especialmente relacionado a gerência da assistência. As especificidades dos diversos serviços de saúde se tornam mais um desafio para esses profissionais manifestando uma grande limitação na formação puramente técnico-científico.

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 43)

Neste momento, a criatividade, a capacidade crítica-reflexiva, a flexibilidade são necessárias como elementos que habilitam o profissional a conseguir conduzir sua equipe no desempenho adequado de suas funções. Da mesma forma, a qualificação adequada da sua equipe proporcionará um desempenho satisfatório de suas funções.

No contexto da gestão participativa, a educação permanente tem um papel transformador na realidade do trabalhador. A qualificação permite uma capacitação em diversas dimensões. Ela não se restringe ao desenvolvimento de habilidades para execução de tarefas, mas habilita o profissional na construção de sua própria prática (BUENO e BERNARDES, 2010).

Assim, a educação extrapola o sentido técnico-científico e alcança a dimensão política, social, individual e espiritual. Conseqüentemente se estabelece a integralidade como patamar para a qualificação e expressão do cuidado.

As demandas para educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Qualificação contínua pode significar a capacidade para a criação permanente de soluções para o cotidiano de modo que os ajustes para a satisfação da clientela interna e externa sejam alcançados de forma criativa e espontânea.

Para tanto, o coordenador da equipe tem papel fundamental enquanto articulador do processo de qualificação. A sua inserção na equipe de enfermagem permitirá o conhecimento de suas possibilidades e limitações de modo que o planejamento da educação oferecida poderá atender às necessidades apresentadas.

Neste sentido, a educação permanente se torna um instrumento de transformação de práticas, processos e pessoas que se adequarão às exigências éticas da equidade, participação e integralidade.

Tema 08: Formação Política

Historicamente, a enfermagem tem sua formação acadêmica e profissional centrada em aspectos técnicos. O cotidiano do trabalho em enfermagem sempre foi caracterizado pela presença determinante de normas, procedimentos, rotinas.

Tal histórico tem ocasionado certa incoerência com a prática em saúde, uma vez que trabalhadores com formação mecanicista, fragmentada e convencional são colocados para desenvolver sua atividade em um contexto gerencial inovador com atenção integral e sistêmica. As diretrizes do SUS precisam ser incorporadas neste processo de reorganização dos serviços, tornando-se determinantes dos processos de trabalho.

“É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo” (MACHADO et al, 2007, p. 337).

A formação política se torna fundamental, uma vez que ela representa a concretização dos ideais da democracia e o estabelecimento da cidadania. O ser político precisa despertar e conduzir cada indivíduo ao seu devido espaço de atuação na sociedade que se deseja e no modelo de atenção à saúde que se espera.

Enquanto não ocorrer este processo de conscientização e de empoderamento por parte dos trabalhadores e usuários, continuará a lacuna entre o modelo de atenção prescrito para o modelo realmente vivido.

Devido ao não conhecimento de uma proposta diferenciada e inovadora, os atores envolvidos no cotidiano dos serviços de saúde apenas reproduzem o modelo hegemônico. “A

mudança somente repercutirá na formação e na atenção quando todas as instâncias estiverem centralmente comprometidas” (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 56).

O trabalhador em saúde precisa se descobrir enquanto sujeito e colaborador na construção coletiva dos espaços de assistência. Trata-se do exercício da cidadania, fortalecimento da democracia e criação de relações humanizadas.

Não se trata de poder participar um pouco mais. Não se pode perceber esta oportunidade como um mendigar falas e escutas. Não se trata de um mecanismo limitado que oferece um pouco mais de alguma coisa. O olhar deve repousar para as possibilidades que estão postas diante de cidadãos e possibilidades estas que se alargarão na medida em que sejam ocupadas.

Portanto, o que significa a formação política para a saúde? Ela *“poderia se inscrever como uma “micropotência” inovadora do pensar a formação, agenciamento de possibilidades de mudança no trabalho e na educação dos profissionais de saúde e invenção de modos no cotidiano vivo da produção dos atos de saúde”* (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 45).

Estas condições são oferecidas por meio de um gerenciamento mais participativo, que assegura o direito à participação na decisão e no planejamento. Este modelo será fundamental para o envolvimento dos profissionais e, como consequência, sua implicação nas mudanças necessárias para a efetivação do SUS.

Tais evidências confirmam a necessidade de que a enfermagem busque uma formação com enfoque crítico-reflexivo e com embasamento político, de modo que seu desempenho profissional possa se desvincular dos aspectos puramente técnicos, buscando um envolvimento com variáveis determinantes das condições políticas, sociais, econômicas no estabelecimento do processo de trabalho em saúde.

Tema 09: Flexibilização das Relações

A gestão participativa apresenta como grande diferencial a flexibilização das relações. Em modelos gerenciais tradicionais as relações se estabelecem fundamentadas nos níveis hierárquicos. Assim, as tarefas desempenhadas são determinadas pelo cargo ou função ocupada na organização.

Este modelo influenciou grandemente a enfermagem. A gerência sempre foi percebida com a finalidade de planejar, dirigir, controlar e organizar as atividades da equipe de enfermagem, objetivando o cumprimento das tarefas estabelecidas. A função de controle e

fiscalização caracterizava a relação do enfermeiro com sua equipe (BUENO e BERNARDES, 2010).

Os artigos encontrados neste estudo relacionam a rigidez do modelo gerencial tradicional à produção de um ambiente de trabalho desgastante e desmotivante, de modo que o trabalhador justifica seu envolvimento com as atividades do cotidiano como uma causa vocacional.

“A forma como o trabalho se organiza e o espaço que ocupa na vida cotidiana, vêm retirando a possibilidade dos trabalhadores viverem as múltiplas dimensões da vida que não seja apenas o trabalho” (MEDEIROS et al, 2006).

Tal comportamento foi uma herança que se perpetuou historicamente desde o taylorismo-fordismo, passando pelo capataz e, neste sentido, tem colaborado para que o ambiente de trabalho apresente mais situações de desgaste do que de fortalecimento (SANTOS et al, 2007).

Sob a influência dessas condições rígidas as considerações sobre o trabalho extrapolam a subjetividade e identificam questões objetivas como melhor remuneração, contratação de recursos humanos e maior disponibilização de recursos materiais e físicos. Existe uma busca pelo sentimento de valorização com respeito ao seu desempenho profissional e, ao mesmo tempo, a valorização enquanto ser humano. É percebido um trabalhador que deseja ser reconhecido de forma integral e ser valorizado na mesma intensidade e dimensão. Assim, estabelecer uma relação humanizada entre os trabalhadores é fundamental para que essa humanização se reflita na assistência.

A humanização do atendimento supõe o encontro entre sujeitos que compartilham saberes, poder e experiências vividas, implicando em transformações políticas, administrativas e subjetivas, sem esquecer dos recursos materiais e do ambiente que devem favorecer este processo (BECK et al, 2007, p. 509).

Diante das expectativas existentes, a busca por novas formas de gestão que apresentem flexibilização nas relações de trabalho e valorização das equipes multiprofissionais mediante uma relação mais direta entre gestores e profissionais tem se tornado fundamental.

Diante dos artigos analisados se torna perceptível um quadro geral acerca dos temas fundamentais que norteiam a construção coerente de uma gestão verdadeiramente participativa. Um modelo de gestão que deve simbolizar os princípios e diretrizes do SUS, representando para os atores envolvidos na produção do cuidado uma nova proposta na

construção desta atenção, de modo que este represente, em certa medida, os anseios, expectativas, necessidades, capacidades de todos eles.

Ao se considerar os temas identificados até o momento, percebe-se que os mesmos se articulam diretamente com os princípios e diretrizes do SUS. De alguma forma, eles representam seus significados na prática do cuidado e podem ser considerados como subcategorias deste eixo (princípios e diretrizes) que norteia o SUS.

Assim, a Gestão Participativa passa a representar a essência do SUS e se torna um instrumento capaz de viabilizar a efetivação de seus valores, permitindo a sua manifestação em todas as atividades pelas quais o sistema se expressa.

Os temas identificados foram dispostos numa Espiral do Conhecimento para que pudesse ser representada a sua interdependência. Encontram-se nesta representação, como ponto de partida, os princípios doutrinários do SUS, a saber: Integralidade, Equidade e Universalidade. A partir deles, se desenvolvem as categorias identificadas na revisão e que se manifestarão na prática do SUS, representada aqui pelo chamado “Quadrilátero de Ferro do SUS” descrita por Ceccim e Feuerwerker (2004) composto por Gestão, Trabalho, Ensino e Atenção.

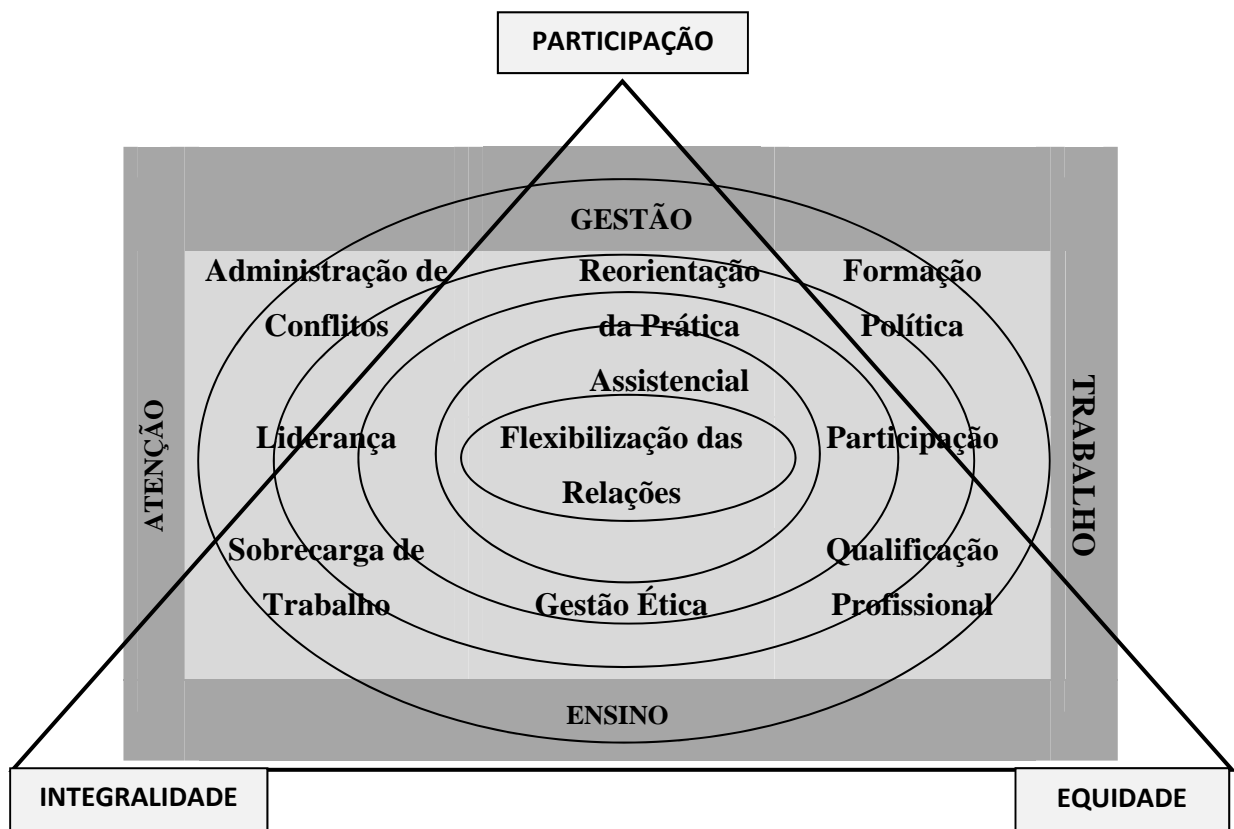


Figura 3 – Espiral do conhecimento da Gestão Participativa, segundo a Análise Temática, Ribeirão Preto, 2012.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à busca por evidências científicas que tratem do Gerenciamento de Enfermagem no contexto da Gestão Participativa foram encontradas algumas dificuldades desde o momento de seleção dos descritores. Não foram encontrados descritores controlados que representassem o objetivo proposto para este estudo. Desta forma, foi necessário que se utilizasse descritores não controlados que tivessem uma relação direta com o tema da pesquisa de modo que o aproveitamento dos estudos fosse satisfatório.

Ao considerar as evidências disponíveis nas bases de dados do Lilacs, MedLine e ProQuest foi notória a carência de estudos que retratem os modelos gerenciais do serviço de enfermagem. O resultado geral das buscas realizadas não teve uma representatividade significativa (270) e quando aplicado os critérios de inclusão/ exclusão, esse número se reduziu de forma drástica, resultando em apenas 17 estudos.

Quando o resultado é analisado considerando as bases de dados, identifica-se que a amostra se originou apenas do Lilacs e em número muito reduzido. Durante a exclusão/inclusão dos estudos ficou evidente a divulgação limitada dos estudos que refletem a realidade brasileira com relação ao gerenciamento de enfermagem. Apenas uma amostra tem origem em um periódico internacional, as outras dezesseis são de periódicos nacionais. É provável que tal fato se justifique pela configuração peculiar da equipe de enfermagem no Brasil, uma vez que sua composição possui profissionais em três categorias distintas: Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem e Enfermeiro. Deste modo, alguns dilemas e experiências vivenciados pela enfermagem no Brasil são exclusivos dessa realidade.

De qualquer forma, esta limitação se apresenta como barreira na divulgação das pesquisas realizadas no Brasil em periódicos internacionais concernentes à temática da gestão. Considerando o processo de globalização e a importância do intercâmbio de informações, de conceitos e práticas na construção da identidade profissional, torna-se necessário repensar nos estudos desenvolvidos e identificarmos as lacunas existentes e que impedem uma divulgação em escala internacional.

Com relação às amostras, se destaca a prevalência dos estudos qualitativos. Do total de dezessete estudos, treze apresentaram algum tipo de abordagem qualitativa. Desses, oito se utilizaram da análise temática de conteúdo para interpretação dos dados. Existe a necessidade de ampliar e diversificar as pesquisas em gerenciamento de enfermagem, numa tentativa de se alcançar novos direcionamentos para a sua prática. Se a prática depende das evidências científicas para seu desenvolvimento, os modelos gerenciais em enfermagem estão carecendo de um novo e variado referencial teórico.

A visão que tem sido desenvolvida nessa temática pode ter como fator colaborador a limitação dos sujeitos participantes das pesquisas. Na amostragem obtida, nove incluíram apenas profissionais da enfermagem e apenas dois tiveram usuários como participantes. O estabelecimento de um modelo de gestão participativo sugere a participação de diferentes sujeitos na construção das práticas. Neste modelo a interdependência está estabelecida, pela própria política e pelos pressupostos que a compõem.

Todos os estudos encontrados apontam para a necessidade de reformulação do modelo gerencial e de organização do trabalho em enfermagem. Neste sentido, se destaca a necessidade de inserção do enfermeiro na dinâmica da equipe. Vários trabalhos apontam para o fato de o enfermeiro não estar presente no cotidiano da equipe de enfermagem e, conseqüentemente estes se sentem isolados do contexto institucional e presos às rotinas e práticas estabelecidas.

Esta revisão colaborou na constatação da necessidade de ampliação dos estudos realizados acerca dos modelos gerenciais utilizados pelos diversos serviços de enfermagem. A produção de evidências científicas colabora no estabelecimento de práticas fundamentadas e orienta na formação de uma identidade profissional própria. Assim, intensificar a produção científica, desbravar novos caminhos para a sua divulgação e a consolidação das evidências na prática profissional é fundamental na adequação do profissional de enfermagem às políticas públicas vigentes e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A revisão realizada constatou ainda que a enfermagem carece de um modelo sistematizado de organização do processo de trabalho e gerencial. O trabalho em enfermagem tem se reproduzido sem que haja um alinhamento com as políticas atuais e as propostas inovadoras no campo da gestão.

Desta forma, identificou-se um ambiente desgastado e uma liderança ausente e fragilizada de modo que os trabalhadores de enfermagem se encontram insatisfeitos com seu desempenho, seu trabalho e sua profissão.

Existe um pedido explícito por parte dos trabalhadores de enfermagem por uma liderança presente e atuante. Este pedido indica a necessidade que há pela referência da profissão. Os trabalhadores querem ter representatividade na instituição em que desenvolvem seu trabalho e sentem falta de alguém a quem recorrer em busca de orientação.

Ao mesmo tempo em que existe um pedido por liderança, também se encontra o tipo de liderança desejada. A necessidade expressa é por articulação, integração, coordenação. O papel do líder desejado é aquele que estabelece uma relação de respeito, de valorização, de articulação, pautado numa postura profissional e ética.

O trabalhador deseja um ambiente de trabalho que lhe dê condições de crescimento e desenvolvimento de suas capacidades e potencialidades. Ele deseja ser bem remunerado, mas acima de tudo ele também deseja ser tratado de um modo humanizado e percebido de forma integral.

Dentre as várias evidências desse desejo, se destaca a temática da qualificação profissional. O desejo de aprender, de se atualizar, de se sentir competente foi encontrado em vários estudos e corresponde plenamente às expectativas e necessidades do atual mercado de trabalho.

As pesquisas apontam para a necessidade de se estabelecer um processo de trabalho que permita o trabalho criativo, com comunicação eficiente e participação nas tomadas de decisão. O trabalhador não deseja deixar sua cidadania do lado de fora da organização.

As amostras evidenciaram uma preocupação em que se tenha condições de um atendimento qualificado ao usuário. O profissional deseja desenvolver um trabalho eficiente e poder satisfazer as necessidades dos usuários e atender suas expectativas de maneira plena.

Embora alguns trabalhos se diferenciem pelo grau de amadurecimento dos participantes com relação ao conhecimento da gestão participativa, ficou nítido o desejo de um modelo de gestão que represente os valores da democracia e cidadania.

A Gestão Participativa é um instrumento para a perpetuação dos valores democráticos no ambiente de trabalho. A enfermagem está inserida neste modelo de gestão, mas precisa aprender a traduzir seus valores para a sua prática.

Esperamos que esse estudo contribua para a aplicação da Gestão Participativa no Processo de Trabalho em Enfermagem e que ocorra de forma sistemática e profissional a fim de que os resultados traduzam, verdadeiramente, um novo modo de se fazer enfermagem.

12. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, MCP, ROCHA, JSY. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo (SP): Cortez Editora, 1986.

AMORIM, MSS. Cidadania e Participação Democrática. In: ANAIS DO II SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, 2007, Florianópolis. **Anais**. UFSC, Florianópolis, 2007.

ASSIS, MMA; VILLA, TCS. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, maio-junho; 11(3):376-82, 2003.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (3):753-762, 2009.

BECK,CLC; GONZALES,RMB; DENARDIN, JM; TRINDADE, LL; LAUTERT, L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set; 16(3): 503-10, 2007.

BECK, CLC; PRESTES, FC; TAVARES, JP; SILVA, RM; PROCHONOW, AG; NONNENMACHER, CQ. Identidade profissional de enfermeiros de serviços de saúde municipal. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, 14(1): 114-119. Jan – março, 2009.

BERNARDES, A; CECÍLIO, LCO; NAKAO, JRS; ÉVORA, YDM. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Mar. 2012.

BERNARDES, A. Gestão colegiada: um desafio para equipe multiprofissional. **Tese** (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-19092008-141912/>>. Acesso em: 07 Mar. 2012

BERNARDES, A; CECILIO, LCO; ÉVORA, YDM; GABRIEL, CS; CARVALHO, MB. Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 19(4):jul.-ago. 2011.

BORGES, RLM. O conceito princípio: uma questão de critério. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, Curitiba, vol. 7, n. 7, jan – jun, p. 247 – 269, 2010.

BRASIL. **IBGE**: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 24 Ago. 2010.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 01 Fev. 2012.

BRASIL, **Ministério da Saúde**, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em 01 Fev. 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica. / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id_area=384. Acesso em: 16 Jul 2011.

BRITO, MFP. Eletrocirurgia: evidências para o cuidado de enfermagem. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15102007-145726/>>. Acesso em: 07 Mar. 2012.

BROOME ME. Integrative literature reviews in the development of concepts. **In: Rodgers BL, Knafk KA. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W.B. Saunders; p.193-215, 1993.

BUENO, AA; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 45 – 53, 2010.

CAMPOS, GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998.

CAMPOS, GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000. 236p.

_____ The humanization of healthcare: a project for defending life? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu: v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

_____ **Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. In: CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, M; DRUMOND JÚNIOR, M; CARVALHO, YM. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p.53-92.

_____ Brazilian National Health System between liberal and public systems traditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: 12(Sup):1865-1874, 2007.

_____ Health, Society and SUS: the subject's imperative. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: v.18, supl.2, 2009.

_____ Democratic management and new craft: concepts to rethink integration between autonomy and responsibility in health work. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(5):2337-2344, 2010.

CARVALHO, MG. Tecnologia, Desenvolvimento Social e Educação Tecnológica. **Revista Educação & Tecnologia**, Curitiba, número 01, 1997.

CASTRO, JA, AQUINO, L. Juventude e políticas sociais no Brasil. **Texto para discussão no 1335**. Núcleo de Assuntos Estratégicos da Presidência da República –IPEA. Brasil, 2008.

CECÍLIO, L.C.O. Hospital São João Batista de Volta Redonda (RJ): testando as possibilidades e os limites de mudanças gerenciais em um hospital governamental. Mimeografado. 1998

_____ **O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos**. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2002a. Cap. 9, p. 293-319, parte 4.

CECILIO, L. C.O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, Março de 2003. Disponível em: http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/integralidade_cuidado_como_eixo_gestao_cecilio.PDF. Acesso em: 02 Fev 2012.

_____ Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(3):557-566, mar, 2010.

CECCIM, RB; FEUERWERKER, LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CHIAVENATO, I. Administração nos Novos Tempos. Editora Elsevier - Campus, 2ª edição - 2004.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B.; "Judicialization" of public health policy for distribution of medicines. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(8):1839-1849, ago, 2009.

COELHO HECKERT AL, PASSOS E, BARROS DE BARROS MEH. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, 13: 493-502, 2009.

COHN, A.A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1614-1619, jul, 2009.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: 6(2):319-328, 2001.

COSTA, AM; LIONÇO, T. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**, São Paulo: v.15, n.2, p.47-55, maio-ago 2006.

COSTA, DG; DALL'AGNOL, CM. Liderança participativa no processo gerencial do trabalho noturno em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto: 19(6):[08 telas], nov.-dez. 2011

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Method paideia: democratic management at work. **Org & Demo**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

Dicionário da Língua Portuguesa do Aurélio – Versão on line. Disponível em: <http://74.86.137.64-static.reverse.softlayer.com/#>. Acessado no dia 05 Fev. 2012.

ESCOREL, S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. Trabalho realizado sob os auspícios da Organização Pan-americana de Saúde (OPS) – Brasil. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>. Acesso em: 01 Fev 2012.

FELICIANO, KVO; KOVACS, MH; SARINHO, SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo: 44(3):520-7. 2010.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.), **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANZESE, C.; Anjos, C., Ferraz, D., Abrucio, F. L., Cheli, G. N., Melo, G. M. B.P.; Vaistman, J.; Nehmé, J. L. D.; Santoni, L.; Silva, M. G.; Rubio, M.; Yanes, P.; Nahas S.; Jannuzzi, P. M.; Sousa, R. P. **Reflexões para Ibero-América: Avaliação de Programas Sociais** /– Brasília: ENAP,168p. 2009.

FEUERWERKER, LM. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. **Interface - Comunic., Saúde Educ.**, Botucatu: v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury** (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FREIRE, P.A.. “Assédio moral, reestruturação produtiva e síndrome de Burnout em docentes”, (2010), Disponível em: <http://www.psicologia.pt>. Acesso em: 10 Fev de 2012.

GARRAFA, V; OSELKA, G; DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. Revista Bioética, 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/361 Acesso em: 16 de julho de 2011.

GANONG, LH. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, Hoboken: 1, 1-11. 1987.

GUIMARÃES, JMX; JORGE, MSB; MAIA RCF; OLIVEIRA, LC; MORAIS, APP; LIMA, MPO; ASSIS, MMA; SANTOS AM; Social participation in mental health: space of construction of citizenship, policy formulation and decision making. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro:15(4):2113-2122, 2010.

GUIMARÃES, R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. **Rev Saúde Pública**, São Paulo: 40(N Esp):3-10, 2006.

HAUSMANN, M; PEDUZZI M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Abr-Jun; 18(2): 258-65. 2009.

KURCGANT, P; CIAMPONE, MHT. A pesquisa na área de Gerenciamento em Enfermagem no Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília: mar-abr; 58(2):161-4, 2005.

KERSTENETZKY, CL Social policy: Targeting or Universalism? **In: Conferência Internacional América Latina, Brasil e União Européia Ampliada – CEU/UFRJ**, Rio de Janeiro, Set, 2005.

LEITE, J.L.; TREZZA, M.C.S.; SANTOS, R.M.; MENDES, I.A.C.; FELLI, V.E.A. Os projetos de pesquisa de enfermagem no CNPq: seu percurso, suas temáticas, suas aderências-1998/2000. **Rev. Bras. Enf**, v.54, n.1, p.81-97, 2001.

LIMA, ADS; ALMEIDA, MCP. The nursing work in the production of health care in the clinical model. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n. esp., p.86-101, 1999.

LOPES, JCN. A relação entre Democracia e Burocracia nos escritos políticos de Max Weber. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá: n° 126, Nov. de 2011.

MACHADO, MFAS; MONTEIRO, EMLM; QUEIROZ, DT; VIEIRA, NFC; BARROSO, MGT. Integrality, health professional education, health education and SUS proposals - a conceptual review. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12(2):335-342, 2007.

MALTA, DC; CASTRO AM; GOSCH ,CS; CRUZ DKA; BRESSAN, A; NOGUEIRA, JD; NETO, OLM; TEMPORÃO, JG. National Policy of Health Promotion and the Motor Activity Agenda in the Context of the National Health System in Brazil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 18(1):79-86, jan-mar 2009.

MALTA DC; MERHY, EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem** 7(1):61-66, jan./jul, 2003.

MARQUES, RM; MENDES, Á. Democracy, Public Health and Universality: a hard walk. **Saúde Soc**. São Paulo, v.16, n.3, p.35-51, 2007.

MARQUES, GQ; LIMA, MADS. Technological organization of labor in an emergency service and nursing worker' s autonomy. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo,42(1):41-7. 2008.

MARTINS, IMM. Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. **Revista Pegada**, Presidente Prudente: volume 11, número 02, p. 190-191, dezembro de 2010.

MATOS, E; PIRES, D. Administrative and work organization theories: from taylor to current times; influences in health care and nursing. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Jul-Set; 15(3):508-14. 2006.

MATTOS, RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface: **Comunicação Saúde Educação**, Botucatu: v.13, supl.1, p.771-80, 2009.

MASSI, MLG. Taylorismo: após cem anos nada superou o modelo de gestão? **Revista Científica Hermes**, Osasco: 4: 59-60, 2011.

MAURIEL, APOM. Poverty, Security and Social Assistance: Challenges of Brazilian Social Policy. **Rev. Katál**. Florianópolis v. 13 n. 2 p. 173-180 jul./dez. 2010.

MEDEIROS, S. M.; RIBIERO, L. M.; FERNANDES, S. M. B. A.; VERAS, V. S. D. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 233 - 240, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm.

MELO, MB. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem no Brasil [manuscrito] : revisão integrativa / 2010. 111 f. : il. Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Maria Alves Barbosa. **Dissertação** (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2010.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MERHY, EE; ONOCKO, R. (Orgs.); **Agir em Saúde: um desafio para o público**; São Paulo, Hucitec, 1997.

MERHY, EE. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**. IN: CAMPOS, R.C. et al. (Org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, EE; FRANCO, TB, Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez, 2003.

MINAYO, M. C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIRANDA DE SOUZA, E; CARVALHO, Publicações póstumas de Henri Fayol: revisitando sua teoria administrativa. RAM. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, vol. 12, núm. 1, enero-febrero, 2011,

MISHIMA, SM; ALMEIDA, MCP.A trajetória de uma protagonista da enfermagem brasileira. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, Dec. 2009 .

MORETTI-PIRES, O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. Interface: **Comunicação saúde educação** v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009.

NICOLSKY, R. Inovação tecnológica industrial e desenvolvimento sustentado. **PARCERIAS ESTRATÉGICAS** - número 13 - dezembro 2001.

PALADINI, EP. As bases históricas da gestão da qualidade: os reflexos da escola humanística. 2010. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2000_E0218.PDF. Acessado em 30/01/2012.

PEDERSOLI, CEP. O uso da máscara laríngea pelo enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar; Revisão Integrativa da Literatura. **Dissertação** (Enfermagem Fundamental) EERP- USP. Ribeirão Preto, 2009.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. Dicionário da educação profissional em saúde. 2005. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>. Acessado em 02/02/2012.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. **Physis** [online]. 2011, vol.21, n.2 [cited 2012/06/15], pp 629-646. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200015&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200015>. Acessado em 30 de maio de 2012.

PEREIRA, JCR. **Análise dos dados qualitativos**: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP, 157p. 2001.

POLIT, DF; HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 391p. 1995.

PLÁCIDO e SILVA, **Vocabulário Jurídico**. Atualizadores: FILHO, Nagib Slaibi e ALVES, Geraldo Magela. 15ª Edição. Editora Forense. 1998.

PRATA, GP. A tecnologia no cuidado hemodialítico : prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. 95p.

PROCHNOW AG, LEITE JL, ERDMANN AL, TREVIZAN MA. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo: 41(4):542-50, 2007.

RONCALLI, AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva. **Tese** (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social). Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Araçatuba, 2010. 238p.

ROSA, SS. **Construtivismo e mudança**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

ROSA, JC; SILVEIRA, FFR; DIAS, MMD. Conceptions of CEAL volunteer About Training Program on Computer. **Educ. prof.:** C & T, Brasília: v. 4 n. 2, 17-26, jan./jun. 2011.

SANT'ANNA, SR; HENNINGTON, E. A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. **Interface: Comunicação Saúde Educação:** Botucatu: v.14, n.32, p.207-15, jan./mar. 2010.

SANTOS, NM; SILVEIRA, RIM. Evolução da teoria organizacional: as perspectivas da teoria sistêmica e da gestão por processos. **Gestão Contemporânea**, Porto Alegre: ano 8, n. 10, p. 141-164, jul./dez. 2011.

SANTOS, NR. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SANTOS, VC; SOARES, CB; CAMPOS, CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo: 41(Esp):777-81, 2007.

SARMENTO, MJ. Crianças: educação, culturas e cidadania activa Refletindo em torno de uma proposta de trabalho. **PERSPECTIVA**, Florianópolis: v. 23, n. 01, p. 17-40, jan./jul. 2005.

SCHERER, MDA; MARINO, SRA; RAMOS, FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu: vol.9, n.16., Sept./Feb. 2005.

SILVA, KL. SENA, RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo: 42(1):48-56. 2008.

SILVA, MG; FERNANDES, JD; TEIXEIRA, GAS; SILVA, RMO. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis: v. 19, n. 1, 2010.

SILVEIRA, RCCP; GALVAO, CMO cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. **Acta paul. enferm.:** São Paulo, v. 18, n. 3, Sept. 2005 .

SOLLA, JJSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o Pacto de Gestão. **Rev. Baiana Saúde Pública**;30(2):332-348, jul.-dez. 2006.

SOUZA, ECF; VILAR, RLA; ROCHA, NSP; UCHOA, AC; ROCHA, PM. Primary health care access and receptivity to users: an analysis of perceptions by users and health Professionals. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

SOUZA, MT; CARVALHO, RC. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**. São Paulo: 8(1 Pt 1):102-6, 2010.

SPAGNOL, CA. Tendência e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte. Ribeirão Preto, 2000. 177p. **Dissertação** (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2000.

SPINDOLA, T; MARTINS, ERC. Estresse e Enfermagem - a Percepção de Auxiliares. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro: jun; 11 (2): 212 – 9, 2007.

STOTZ, EM. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. **Revista São Paulo em Perspectiva**. vol. 17 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2003.

TANAKA, OY; RIBEIRO, EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Vol. 14, Núm. 2, abril, 2009, pp. 477-486.

TENÓRIO, FG. **Inovando com democracia, ainda uma utopia**. Novos Cadernos NAEA vol. 2, nº 1, P. 149-162, dezembro. 1999. In: NCN_v2n1_Fernando Tenório. pmd 149 14/4/2009.

TRAD, LAB; ESPERIDIÃO, MA. Participative management and co-responsibility in healthcare: limits and possibilities within the scope of the Family Health Strategy. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.557-70, 2009.

TRAD, LAB; ROCHA, AAR. Meneses e Conditions and work process in the daily of the Family Health Program: coherency with health humanization principles. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,16(3):1969-1980, 2011.

TRAVASSOS, C; NOVAES, HMD. Investigação e avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S144-S145, 2004

TREVIZAN MA, MENDES IAC, LOURENÇO MR, SHINYASHIKI GT. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto: janeiro-fevereiro; 10(1):85-9, 2002.

VÉLEZ BENITO GDA, CORRÊA BECKER L. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília; 60: 312-316, 2007

WHITTEMORE R; KNALF K. The integrative review: updated methodology. *Research in Nursing & Health*, New Jersey: **JAN**. 2005; 52(5):546-53.

13. APÊNDICE

Apêndice 1 – Matriz de Síntese das Amostras Seleccionadas

AMOSTRA**TÍTULO****AUTORIA****PERIÓDICO****ANO****LOCALIDADE****PALAVRAS-CHAVE****TIPO DE ESTUDO****INSTITUIÇÃO****DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA****AMOSTRA****RESUMO****CONCLUSÃO****SUBTEMAS ENCONTRADOS**
