

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL**

John Wesley Nascimento Veloso

**COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA: FERRAMENTAS PARA A
PROMOÇÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**São Caetano do Sul - SP
2020**

John Wesley Nascimento Veloso

**COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA: FERRAMENTAS PARA A
PROMOÇÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Educação –
Mestrado Profissional – da
Universidade Municipal de São Caetano
do Sul, como requisito para obtenção do
título de Mestre em Educação.**

Orientador: Prof. Dr. José Lúcio Martins Machado

**São Caetano do Sul - SP
2020**

COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA: FERRAMENTAS PARA A PROMOÇÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

John Wesley Nascimento Veloso

Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestre em Educação, da
Universidade São Caetano do Sul.

Data de aprovação: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA:

Professor Dr. José Lúcio Martins Machado

Professora Dra. Sandra Regina Motta Ortiz

Professora Dra. Alba Lúcia dos Santos

CONCEITO FINAL

DEDICATÓRIA ESPECIAL

Aos meus pais Waldeck Veloso Viana e Eliana Nascimento Veloso pelo amor com que me deram o presente da vida e por terem sido meus primeiros mestres e modelos de Educadores. Aos meus queridos irmãos que sempre incentivaram meus estudos e minha carreira profissional.

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.

Paulo Freire

Ao Prof Dr José Lúcio Martins Machado, cujo apoio tem me permitido realizar meus ideais profissionais. Dedico-lhe minha amizade, admiração e respeito.

À Enfermeira Cláudia Regina Laselva pela sua confiança em minha vida profissional e, fundamentalmente, por ter aberto as portas do Hospital Israelita Albert Einstein para que eu aprendesse e aprimorasse a assistência de qualidade tão bem representada por sua postura ética.

Ao Enfermeiro Denis Faria Moura Júnior, Especialista em Gestão de Projetos do Hospital Israelita Albert Einstein: suas orientações durante a realização da Pesquisa foram fundamentais.

Aos estimados Professores e colegas do Mestrado Profissional em Inovação em Educação e Saúde da USCS – Universidade São Caetano do Sul, pelo apoio, respeito, união, aprendizado...

Aos respeitosos colegas Enfermeiros, participantes da Pesquisa, que muito gentilmente colaboraram e tornaram possível esse trabalho.

Ao Matemático Frederico Rafael Moreira, por sua orientação de Estatística e interpretação dos dados referentes à Pesquisa.

Finalmente agradeço à Sociedade Brasileira Beneficente Hospital Israelita Albert Einstein por ter permitido a execução da pesquisa propriamente dita, por participar dessa Família voltada à qualidade da assistência à saúde e ao crescente aprimoramento tecnológico, científico e humano.

Não poderia ser diferente: agradeço ao meu Criador, Jeová; a Ele toda a glória e todo louvor. Tenho a certeza de que nunca irei andar só, nunca irei ficar só. E que por mais distante que esteja dos meus familiares e amigos, pelo que creio, jamais temerei, erguerei minha voz e expressarei meu sincero louvor ao meu Deus. Obrigado por mais essa graça atendida.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO	15
Capítulo I – LIDERANÇA AO LONGO DA HISTÓRIA	18
Capítulo II – LIDERANÇA COMPARTILHADA	23
2.1. Era da Produção em Massa (de 1920 a 1949)	25
2.2. Era da Eficiência (de 1950 a 1969)	26
2.3. Revolução da Informação	26
2.4. Era da Qualidade (de 1970 a 1989)	27
2.5. Era da Competitividade (a partir de 1990)	27
Capítulo III – COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA	39
3.1. Teorias Organizacionais	40
3.2. Fundamentos Éticos e Responsabilidade Social	42
3.3. Sistemas, Valores e Relacionamentos Sociais	43
3.4. Globalização Econômica e Cultural	45
3.5. Planejamento e Implementação de Atividades de Relações Públicas	46
3.6. Desenvolvimento Organizacional	48
3.7. Desenvolvimento do Ser Humano	50
3.8. Alocação de Recursos (materiais e financeiros)	51
3.9. Resolução de Problemas e Tomada de Decisões	53
3.10. Diversas Estratégias de Aprendizagem	54
3.11. Análise, Produção e Relatos de Pesquisa	56
3.12. Trabalho em Pequenos Grupos	59
3.13. Planejamento e Implementação de Projetos	60
3.14. Interpretação de Leis, Regulamentos e Política	62

Capítulo IV – MATERIAL E MÉTODOS	64
4.1. Problema	64
4.2. Objetivo Geral	64
4.3. Objetivos Intermediários	64
4.4. Pressuposto	64
4.5. Variáveis	65
4.6. Tipo de Pesquisa	65
4.7. Período de Estudo	65
4.8. Amostra	65
4.9. Local de Estudo	66
4.10. Instrumento de Pesquisa	67
4.11. Análise e Tratamento dos Dados	67
4.12. Limitação do Método	67
4.13. Metodologia de Pesquisa	68
4.14. Procedimento para a Coleta de Dados	69
4.15. Análise de Riscos e Benefícios	69
Capítulo V – RESULTADO E DISCUSSÃO	70
Capítulo VI – CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
APÊNDICE 1	
FORMULÁRIO	120
APÊNDICE 2	
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	125
APÊNDICE 3	

	10
E-BOOK DAS COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA	126
ANEXO 1	
GLOSSÁRIO	128
Quadro I	27
Comparação da Sociedade Industrial e da Sociedade do Conhecimento.	
Tabela 1	72
Relação de enfermeiros por turno de trabalho, tempo de profissão, tempo na Instituição, cargo, sexo e participação em grupo de suporte de enfermagem.	
Tabela 2	79
Número de Enfermeiros e relação das Competências de Liderança conforme grau de importância na Estrutura de Decisão Compartilhada de Enfermagem.	
Tabela 3	88
Número de Enfermeiros e relação das atividades profissionais de enfermagem conforme grau de importância na Estrutura de Decisão Compartilhada de Enfermagem.	
Tabela 4	104
Proporção do Impacto do Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem	
Tabela 5	105
Proporção das Características Importantes ao Enfermeiro no Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem.	
GRÁFICOS DA TABELA 1	
Turno	74
Tempo (em anos)	75

Tempo de profissão (em anos)	75
Tempo de instituição (em anos)	75
Cargo	75
Sexo	77
Participação em grupo de suporte de enfermagem	77

GRÁFICOS DA TABELA 2

Conhecimentos aplicados em teorias organizacionais	80
Conhecimentos aplicados em sistemas, valores e relacionamentos Sociais	81
Conhecimentos aplicados em fundamentos éticos e responsabilidade social	81
Conhecimentos aplicados em globalização econômica e cultural	82
Habilidades em planejamento e implantação de atividades de relações públicas	83
Habilidades em desenvolvimento organizacional	83
Habilidades em análise, produção e relato de pesquisa	84
Habilidades em alocação de recursos (materiais e financeiros)	84
Habilidades em desenvolvimento do ser humano	85
Habilidades em diversas estratégias de aprendizagem	85
Habilidades em solução de problemas e tomada de decisões	86
Conhecimentos aplicados no trabalho em pequenos grupos	86
Conhecimentos aplicados em planejamento e implementação de projeto	87
Conhecimentos aplicados em interpretação de leis, regulamentos e políticas	87

GRÁFICOS DA TABELA 3

Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem	90
Realização de procedimentos de Enfermagem	91
Recebimento e passagem de plantão	91

Elabora e/ou aplicação de normas e rotinas	92
Participação em serviços administrativos	92
Participação em seminários, simpósios, cursos	93
Elaboração de artigos científicos, livros	93
Pós-graduação	94
Participação em atividades políticas	95
Trabalho em equipe e em pequenos grupos	95
Participação em pesquisas científicas	96
Treinamentos e aperfeiçoamento profissional	96
Conhecimento de Informática	97
Planejamentos de projetos	97
Conhecimento do Código de Ética de Enfermagem	98
Preocupação com o desenvolvimento da equipe de trabalho	98
Capacidade de resolução de problemas	99
Conhecimento dos equipamentos tecnológicos utilizados na Assistência de Enfermagem	99
Organização da unidade de trabalho	100
Elaboração de escala de serviço	100
Avaliação de desempenho do funcionário	101
Prescrição de Enfermagem	102
Tomada de decisão rápida na Assistência de Enfermagem	102
Educação em saúde ao paciente e familiares	103
Previsão e provisão de materiais e equipamentos	103

GRÁFICOS DA TABELA 4

Proporção do Impacto do Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem	105
--	-----

GRÁFICOS DA TABELA 5

Proporção das Características Importantes ao Enfermeiro no Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem	106
---	-----

RESUMO

Atualmente, a liderança compartilhada é tema de debate. A enfermagem vive um novo repensar de liderança, assumindo diferentes papéis dentro de suas atividades assistenciais e na gestão de saúde. Este estudo buscou analisar as “14 Competências de Liderança como ferramentas para a promoção da qualidade na assistência à saúde”. A metodologia utilizada baseou-se na investigação explicativa e estudo transversal, exploratório, descritivo, no CTI de adultos de um hospital privado de grande porte, zona sul da cidade de São Paulo, com 37 enfermeiros. No resultado da pesquisa foi possível verificar que acima dos 73% dos entrevistados concordam que as “14 Competências de liderança” são ferramentas que promovem a qualidade na assistência à saúde. Conclui-se que se faz necessário aprofundar conhecimentos no modelo de administração participativa, com ampliação do estudo em pesquisas referentes ao tema, reconhecendo-se a necessidade de se ampliar esse modelo não somente em hospitais privados, como também em instituições públicas.

Palavras – Chave: Liderança Compartilhada; Competências de Liderança; Hospital.

ABSTRACT

Currently, shared leadership is a topic of debate. Nursing is experiencing a new rethinking of leadership, assuming different roles within their care activities and health management. This study sought to analyze the “14 Leadership Competencies as tools for the promotion of quality in health care”. The methodology used was based on explanatory research and cross-sectional, exploratory, descriptive study at the adult ICU of a large private hospital, south of the city of São Paulo, with 37 nurses. In the result of the research, it was possible to verify that over 73% of the interviewees agreed that the “14 leadership skills” are tools that promote quality in health care. We conclude that it is necessary to deepen knowledge in the participatory administration model, with an expansion of the study in research related to the theme, recognizing the need to expand this model not only in private hospitals, but also in public institutions.

Key-Words: Shared Leadership; Competence in Leadership; Hospital.

INTRODUÇÃO

Muito se fala e se escreve, sobre o que deve fazer e como deve ser um líder com êxito e respeitado pela equipe. No entanto, pouco se fala sobre como alcançar competências num mundo de rápidas transformações e globalizado. O que é indispensável para a formação do líder? Esta questão é, em grande parte, responsável pela qualidade e alcance de visão dos líderes.

Os empreendimentos e os negócios ligados ao setor saúde necessitam de visão e estratégias precisas, uma vez que o foco está ligado ao tratamento de pessoas que necessitam de especial atenção às suas necessidades básicas.

O exercício da liderança exige deste profissional capacidades analíticas, habilidades de gestão, empatia, cuja força atribuída a um líder está em sua “vida interior”, revelada na sua maneira de ser e de agir, nas suas paixões, segurança, visão criativa, determinação por uma ideia, uma causa ou projeto, objetividade para inovar e mudar, suportar pressões frustrações, persuadir, cativar, seduzir e exigir, entre outros atributos pessoais.

É necessário que os líderes tenham uma formação excepcional e diferenciada, uma vez que sua missão se realiza também através das relações humanas. Assim, a prioridade na formação de um líder é seu grau de autoconhecimento e seu nível de maturidade psicológica.

Sugere-se que nos líderes deve estar presente o valor societário humanístico, sem o qual ninguém pode realizar a si mesmo. Os líderes devem saber amar, não contrastar. “Saber amar” significa saber dar algo onde o outro aumenta a sua identidade, saber servir o outro. Portanto, ninguém pode ser grande, realizar plenamente a si mesmo, se não passar por meio da função de servir à sociedade. O pior crime é o assassinio do interior núcleo individual. Quem mata a própria luz ou deixa matar a luz do outro constitui-se também contra si mesmo, contra os irmãos, contra a vida.

A prática da liderança em hospitais está de forma estrutural formal com níveis hierárquicos definidos, onde os líderes no “topo” deliberam tarefas e na “base” estão os que executam estas tarefas. O líder dessa equipe, na maioria das vezes, assume questões administrativas. Mas as habilidades desse líder para a formação de uma boa equipe, a garantia de uma adequada manutenção de uma equipe unida, eficiente e de um serviço de alta qualidade, são metas da “nova liderança”.

Atualmente, a liderança compartilhada e suas competências são tema de debate. Para Warren, Gretchen & Thomas (2001) resultados de pesquisa sugerem que esse será o modelo de liderança do futuro, pois é o que parece responder melhor às necessidades das organizações que passaram por fusões, aquisições ou empreendimentos conjuntos, ou que simplesmente cresceram em tamanho e em complexidade.

A partir do estudo das “Competências de Liderança” - Teorias Organizacionais; Fundamentos Éticos e Responsabilidade Social; Sistemas, Valores e Relacionamentos Sociais; Globalização Econômica e Cultural; Planejamento e Implementação de Atividades de Relações Públicas; Desenvolvimento Organizacional; Desenvolvimento do ser Humano; Alocação de Recursos (materiais e financeiros); Resolução de Problemas e Tomada de Decisões; Diversas Estratégias de Aprendizagem; Análise, Produção e Relatos de Pesquisa; Trabalho em pequenos Grupos; Planejamento e Implementação de Projetos; Interpretação de Leis, Regulamentos e Política) e das características profissionais da área de saúde de um hospital (Trabalho em Equipe; Liderança; Resistência a frustração; Comunicação; Automotivação; Tomada de Decisão; Relacionamento interpessoal) há de ser considerada uma análise das competências de liderança e do modelo de decisão compartilhada para o serviço e excelência de qualidade na assistência.

E o que explica hoje tamanho desenvolvimento da área de saúde? Qual foi a origem disso tudo? Seria um fenômeno casual ou consequência de uma série de eventos ocorridos no decorrer dos tempos? Como entender uma série de invenções e de avanços no século XX? E os problemas que vieram acompanhando tamanho desenvolvimento material como poderão ser resolvidos? Tamanhos

questionamentos têm norteado as ações humanas para compreender também o fenômeno liderança.

Dentro do seu enfoque, o estudo da liderança sempre lidou com aspectos contraditórios, deixando evidente que aquilo que se mostra coerente num dado momento pode não conseguir explicar a realidade mais adiante (BERGAMINI, 1994).

A Liderança está presente em toda hierarquia institucional., - estratégico, tático, operacional. O líder nos tempos hodiernos trabalha junto à equipe com objetivos comuns para a evolução contínua individualmente e coletivamente. Para o desenvolvimento de líderes numa instituição, é indispensável estabelecer estratégias eficazes na Gestão de pessoas. Desse modo, faz-se necessário o estabelecimento de Competências de Liderança, considerando:

- Trabalhar com as equipes nos seus diversos níveis de hierarquia.
- Discutir temas comuns que são priorizados pelos membros.
- Ter adesão das equipes envolvidas para refletirem sobre o papel da Liderança na promoção da qualidade da assistência à saúde.
- Considerar o “todo” e as “partes” do processo de capacitação das Competências de Liderança”. Ou seja, envolver o indivíduo e o grupo no qual ele se encontra inserido, promovendo uma reflexão entre todos.
- Avaliar de forma continuada todo o processo de desenvolvimento / capacitação / treinamento das Competências de Liderança.
- Estabelecer um Programa de Desenvolvimento de Líderes para ampliar o autoconhecimento das pessoas envolvidas, melhorar as relações interpessoais em todos os departamentos da instituição

O produto final será um E-BOOK com especificações das Competências de Liderança, como guia de recomendações para setor de gestão de pessoas para triagem admissional, acompanhamento e desenvolvimento profissional no contexto institucional, com a perspectiva de promover e estabelecer uma assistência à saúde com qualidade de forma continuada, com participação de todos os indivíduos em seus diversos níveis hierárquicos.

Capítulo I

LIDERANÇA AO LONGO DA HISTÓRIA

Embora o termo liderança venha sendo usado apenas há duzentos anos, na língua inglesa, segundo Stogdill (1974), ele foi utilizado por volta do ano 1300 da era cristã.

Conforme Wheatley (1999):

A preocupação com a liderança é tão antiga quanto a história antiga. A República de Platão constitui um bom exemplo dessas preocupações iniciais ao falar da adequada educação e treinamento dos líderes políticos, assim como da grande parte dos filósofos políticos que desde essa época procuraram lidar com esse problema. A liderança tem constituído uma particular preocupação nas democracias, nas quais, por definição, não se pode repousar sobre uma ocorrência acidental tendo em vista a procura de líderes. Onde existe aristocracia hereditária, cada homem é potencialmente um líder e a sociedade tem que conseguir ainda identificar e treinar adequadamente aquele homem que será capaz de conduzir suas instituições.

Isso significa que a liderança tem sido estudada há longa data.

Há um estabelecimento de perspectivas em relação ao propósito e motivação básica da vida, considerando a Liderança como um dos Sete Dons do Pai (Romanos 12: 3-8) conforme Bíblia (2002):

* PROFECIA

- Falar com franqueza e perspicácia, especialmente quando capacitado pelo Espírito de Deus.
- Demonstrar a coragem moral e um inflexível comprometimento aos valores dignos.
- Influenciar os outros na sua área de influência com um espírito positivo de justiça social ou espiritual.

* MINISTÉRIO

- Ministrar e retribuir um culto de amor para encontrar as necessidades dos outros.
- Ilustrado na obra e no ofício do diácono (Mt 20:26).

* ENSINO

- A habilidade sobrenatural para explicar e aplicar as verdades recebidas de Deus para a Igreja.
- Pressupõe o estudo e a iluminação do Espírito para prover a habilidade de fazer a verdade divina clara ao povo de Deus.
- Considerado distinto do trabalho do profeta, que fala como o porta-voz de Deus.

* EXORTAÇÃO

- Literalmente significa chamar de lado com o propósito de fazer um apelo.
- Num sentido mais amplo, significa suplicar, confortar ou instruir (At 4:36; Hb10.25).

* OFERTA

- O sentido essencial é dar com um espírito de generosidade.
- Num sentido mais técnico, refere-se àqueles que têm recursos e que auxiliam outros sem tais recursos (II Co 8:2; 9:11-13).
- O dom é para ser exercido com liberalidade, mas sem uma exibição externa ou orgulhosa (II Co 1:12; 8:2; 9:11,13).

* LIDERANÇA

- Refere-se a alguém que está à frente (Ex 18.21; Num 27. 16,17; I Samuel 24:1-6; II Samuel 1:16; 8:15; Éster 10:3).
- Envolve o exército do Espírito Santo na modelagem, supervisão e desenvolvimento do corpo de Cristo (Mt 20:26-28).

- A liderança é para ser exercida com diligência (II Reis 15:3-5; II Crônicas 19:5-7; Esdras 9:2).

* MISERICÓRDIA

- Agir com compaixão, para com o seu semelhante. Sentir-se tocado pela miséria de um outro.
- Relacionar-se com os outros com amor, respeito e piedade.
- Para ser eficaz, esse dom deve ser exercido com bondade e alegria.

No Antigo Egito, hieróglifos datados de milênios antes de Cristo descreviam as relações entre líderes e liderados. Alguns textos de instrução popular, datados de 2300 a.c. mencionam as três qualidades dos Faraós: autoridade, percepção e justiça. Na filosofia grega, a República de Platão descreve os requisitos essenciais para um líder ideal no Estado Ideal; e a famosa obra política de Aristóteles, ao fazer referência à falta de virtude dos candidatos a líderes políticos de seu tempo, põe em destaque a força moral como elemento importante à liderança – BASS, 1995, p. 51.

Baseada na premissa de que os líderes possuem traços de personalidade que os tornam diferentes dos liderados, a Teoria dos Traços se concentrou em identificar as características individuais relacionadas à liderança. Bergaminni (1994) explica que os pesquisadores desta corrente de pensamento se referiam a três tipos de traços responsáveis pelas qualidades de liderança. O primeiro tipo compreende os traços físicos; o segundo, os traços mentais; o terceiro, os traços psicológicos.

Depois da Teoria dos Traços, o estudo de liderança foi influenciado pela crescente ênfase da Psicologia nos aspectos comportamentais – o behaviorismo. Segundo Chemers (1995), o enfoque mudou dos traços da personalidade para os comportamentos do líder, dando origem a três estilos básicos de liderança: o estilo autocrático, em que o líder controla o grupo, as atividades e as decisões; o estilo democrático, que enfatiza a participação do grupo e a decisão da maioria; o estilo conhecido como “laissez-faire”, que implica um baixo nível de qualquer tipo de atividade por parte do líder, cabendo a cada liderado a iniciativa, a decisão e a responsabilidade por suas atividades. Um estudo conduzido por Kurt Lewin concluiu

que o estilo democrático parecia ser mais eficaz que os outros dois estilos em atividades que envolvem grupos de pessoas.

Para Wheatley (1999), estas características funcionais, se por um lado simplificam o processo da liderança, por outro lado elevam as discussões de teóricos em torno do assunto propriamente dito. Não há dúvidas de que as pesquisas sobre traços, habilidades, motivos e estilos de liderança tenham como mérito representar o indispensável passo inicial da compreensão do processo de liderança.

Os resultados do estudo indicam que nenhum estilo é eficaz para todas as situações, e que estilos diferentes podem ser mais efetivos, dependendo da situação. Ou seja, situações diferentes podem exigir diferentes estilos de líder, para atenderem melhor às demandas específicas da situação (BERGAMINI, 1994).

Em contraste com as teorias acima, cujos enfoques centrais se concentram na figura do líder, as Teorias Transacionais estudam o intercâmbio de influência no relacionamento entre líderes e liderados. Quanto mais positiva essa troca de experiências e recompensas, maior a satisfação, desempenho e identificação do liderado com a organização (CHEMERS, 1995).

A liderança transformacional envolve muito mais que um simples intercâmbio ou troca de experiências e influências entre líderes e liderados. Em lugar disso, implica interação entre líderes e liderados, de tal maneira que tanto os líderes quanto seus seguidores são elevados a um nível maior de motivação e moralidade. Nesse caso, o poder da liderança é exercido como base mútua para um propósito comum. Segundo Burns (1995), a liderança transformacional torna-se moral, no sentido de que eleva o nível de conduta humana e aspirações éticas tanto do líder quanto dos liderados, produzindo um efeito transformador em ambos.

Essas teorias ficam à dever em termos de uma consideração que leve em conta a realidade do dia-a-dia nos hospitais e as circunstâncias ambientais de assistência aos pacientes, nas quais se encontram os sujeitos estudados. É difícil, a partir das descobertas feitas nesse início, precisar em que consiste o principal padrão de eficácia como referencial dentro do processo de liderança.

A conclusão de Chemers (1995) é de que a grande lacuna nas teorias de liderança é a falta de atenção ao estudo dos líderes e seus seguidores como pessoas humanas, com seus valores, necessidades e motivos. Daí a necessidade de refletir quanto o papel das gestões hospitalares nesse início de século e entender como são realizados os processos na dinâmica do cuidar em Enfermagem.

Novas estruturas de gestão de conhecimento oferecem suporte aos processos de tomada de decisão e de resolução de problemas, agregando valor aos sistemas de informação e controle vigentes na instituição hospitalar em estudo.

A discussão da questão do “gerenciamento do processo saúde-doença” no âmbito hospitalar oferece uma abordagem diferenciada, visto que amplia os horizontes das ações de enfermagem e conseqüentemente da visão de mundo” dos enfermeiros e de seus parceiros (clientes e profissionais).

Consolidando-se como um movimento paradigmático da enfermagem nesse início do século XXI, no qual as enfermeiras compartilham conhecimentos, ações e experiências com todos aqueles que se envolvem nos processos assistenciais, visando o alcance das metas estabelecidas no planejamento assistencial, sem descuidar das dimensões econômicas do processo, o Modelo de Decisão Compartilhada vem preencher uma lacuna existente na construção de modelos na enfermagem hospitalar.

Capítulo II

LIDERANÇA COMPARTILHADA

A liderança compartilhada fomenta um ambiente que responde a novidades de maneira ágil. Ela promove um grau de criatividade e de pensamento racional nos níveis em que é necessária. Capacita todos os indivíduos da organização a testar suas próprias hipóteses e as de outras pessoas, em vez de esperar que as idéias e as decisões lhe sejam legadas pela hierarquia. Para Deiss & Soete (1997) a liderança compartilhada pode ocorrer em qualquer lugar de uma organização. Líder é o recurso necessário e básico e o mais escasso. As organizações ainda têm poucos líderes apesar do novo modelo de Administração Participativa (DRUCKER, 1992).

Na área de saúde as estruturas baseadas em equipe são uma razão forte para a liderança compartilhada. Organizações horizontalizadas significam a divisão da responsabilidade e a prestação de contas em todos os níveis da empresa, de forma que a tomada de decisão seja mais distribuída, tanto lateral quanto verticalmente. Tanto a Enfermagem quanto a Medicina, por exemplo, nesse sentido, tem um papel importante neste movimento organizacional, principalmente no âmbito hospitalar, e tem sido identificado o profissional dessas áreas como um líder na organização hospitalar que deve saber distribuir tarefas, ser imparcial, mas ao mesmo tempo saber que não há nada mais desigual do que a todos igualmente. Logo, deve haver equilíbrio na distribuição de atividades, responsabilidades e recursos.

Este líder sabe, também, que todo processo de mudança implica obrigatoriamente mudança de hábitos e atitudes das pessoas. As mudanças de hábitos e atitudes são consequência da conscientização e da vontade de cada um (CERQUEIRA NETO, 1994).

Segundo Galvão (1990), é através da liderança que o enfermeiro tenta conciliar os objetivos organizacionais com os objetivos do grupo da enfermagem, buscando o

aprimoramento da prática profissional e principalmente o alcance de uma assistência de enfermagem adequada.

Frente ao exposto, acredita-se que o profissional da saúde deve desempenhar uma gerência inovadora, buscando meios que possibilitem a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, maior satisfação para a equipe de enfermagem, bem como o alcance dos objetivos organizacionais. Neste sentido, a liderança assume um papel fundamental para implementar as mudanças necessárias na forma atual de gerenciamento.

Na saúde brasileira, existe o reconhecimento da importância da liderança e da necessidade de seu desenvolvimento na profissão, entretanto, há escassez de estudos para a temática em questão (TREVISAN, 1993).

Em cada período histórico, predominam padrões gerenciais, que são complementados ou questionados por conceitos subseqüentes que incorporam novas variáveis extraídas da prática das empresas.

Uma breve passagem pela evolução dos modelos gerenciais ao longo da História se faz necessária para compreender o paradigma das gestões atuais.

Toffler (1980) define três períodos ao longo dos quais a civilização humana evoluiu: Revolução Agrícola, Revolução Industrial e Revolução da Informação.

Na Revolução Agrícola (até 1750 d.C.) a explosão demográfica determina um desequilíbrio ambiental na sociedade primitiva. Havia cortes bem definidos: Nobres, sacerdotes, guerreiros, escravos e servos. A base da economia era local, descentralizada e auto-suficiente, sem atividades significativas de mercado. Atividade principal era produção e o consumo de alimentos. A divisão do trabalho era simples, em função da comunidade, sendo a terra o recurso econômico mais importante da produção. Desta forma, essa sociedade não adota nenhum modelo de gestão, pois as necessidades de sobrevivência eram atendidas pela própria natureza.

Na Revolução Industrial (de 1750 a 1970) a humanidade começa romper outro paradigma histórico da sua civilização: Um período de grandes desenvolvimentos e

avanços científicos. Nasce o Capitalismo e o Marxismo. Na prática, desenvolve-se um sistema produtivo industrial refletindo a produção de bens padronizados, tangíveis e com divisão entre produção e consumo, cuja base é o mercado nacional. Há redimensionamento da força de trabalho, com qualificação de mão-de-obra baseada em habilidades específicas, modo de produção padronizado e organizações em vários níveis hierárquicos, orientados para o controle da operação. O recurso fundamental é o capital financeiro.

A industrialização em larga escala provoca três impactos sobre a sociedade: primeiro, um excesso de produção em relação à capacidade de distribuição dos bens manufaturados, segundo deficiência da organização das fábricas levam os industriais a contratarem capatazes para supervisionar os trabalhadores; e terceiro, a urbanização acelerada, estimulada pela veloz industrialização, provocam aumento na demanda de serviços sociais. Esses três problemas conjugados determinaram a queda da produtividade nas duas primeiras décadas do século XX, decorrente de falhas na estrutura organizacional. Surgiria, então, na efervescência do ano 1920, as chamadas Eras de Gestão Empresarial.

Segundo Bork (2003), no Capítulo 5, há vários modelos de gestão explicados ao longo do tempo, explicados nos seguintes momentos históricos: Era da Produção em Massa; Era da Eficiência; Revolução da Informação; Era da Qualidade; Era da Competitividade.

1. Era da Produção em Massa (de 1920 a 1949)

Logo, na primeira era, a gestão empresarial começa a se consolidar efetivamente, como um conjunto de conhecimentos e princípios que resultaram na formação da primeira abordagem científica da administração, cujas idéias foram propostas por Frederick Taylor e Henri Fayol.

Essa época marca a contraposição de duas correntes de pensamentos: a Administração Científica e a Administração das Relações Humanas. A primeira teve como base a especialização do trabalho, norma predeterminadas para coordenar tarefas e o controle detalhado do desempenho. A Administração das Relações

Humanas valorizou a importância da organização informal, pois conduzia os trabalhadores a buscar cooperação e ampliava o relacionamento interpessoal no trabalho.

2. Era da Eficiência (de 1950 a 1969)

O crescimento organizacional foi um dos principais fatores que propiciaram uma nova corrente na evolução do pensamento administrativo. Insere-se a Escala Burocrática, na qual o comportamento humano é orientado pela racionalidade, tornando-se mais previsível e predeterminado. O trabalho é dividido racionalmente e as rotinas são padronizadas. Há vários regulamentos e normas que estabelecem os níveis hierárquicos de autoridade e as inter-relações funcionais. O sistema de comunicação é formal, tornando impessoal a convivência entre os empregados.

Muitas dessas características burocráticas levaram, mais tarde, à exaustão dos modelos gerenciais desenvolvidos ainda na Sociedade Industrial. Dessa maneira, começa a passagem da Sociedade Industrial para Sociedade do Conhecimento, dentro da época denominada de Revolução da Informação.

2. Revolução da Informação

Os trabalhadores passam a utilizar mais a informação do que simplesmente a produção de bens. As instituições são modeladas com base na propriedade e no controle do conhecimento. Valores básicos sofrem transformações radicais. Alguns deles merecem destaque:

Sociedade Industrial	Sociedade de conhecimento
Da hierarquia	Para a igualdade
Da conformidade	Para a individualidade e criatividade
Da padronização	Para diversidade
Da centralização	Para descentralização
Da eficiência	Para a eficácia e efetividade
Da especialização	Para a generalização: as novas tecnologias de trabalho requerem das pessoas visão holística e postura interdisciplinar na organização

Da maximização	Para a qualidade de vida
Da ênfase no conteúdo quantitativo	Para a ênfase no conteúdo qualitativo
Da segurança	Para a auto-realização

Quadro I: Comparação da Sociedade Industrial e da Sociedade de conhecimento.

Fonte: BORK, Anna Margherita Toldi. *Enfermagem de Excelência: da visão à ação*. Ed. Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 2003.

Assim, surgem, ao longo dessa transição de épocas (Revolução Industrial para a Revolução do Conhecimento), duas novas eras empresariais: a era da qualidade e a era da competitividade.

3. Era da Qualidade (de 1970 a 1989)

Devido a grande concorrência em mercados saturados e consumidores cada vez mais atentos aos seus direitos, as empresas resolveram investir em uma postura inédita no mercado: a busca da satisfação do cliente.

4. Era da Competitividade (a partir de 1990)

A relação entre produção e consumo fica firme. As empresas estão cada vez mais se preparando para superar a expectativa do cliente.

A exaustão dos modelos tradicionais de gestão deu espaço ao desenvolvimento de abordagens e práticas que colaboraram para a melhoria da capacitação gerencial das empresas. A sistematização desse conjunto de práticas em uma estrutura formal pode ser apontada como “os novos modelos gerenciais”. Assim, nas Eras da qualidade e Competitividade, implementaram-se os novos modelos, que incluem a Administração Japonesa, a Administração Participativa e a Administração Empreendedora.

Crawford (1994) escreveu que o estilo de administração participativa pressupõe:

- Trabalhar com pessoas que as tratem com respeito;

- Fazer um trabalho interessante;
- Ser reconhecidas por um trabalho;
- Ter a chance de desenvolver suas habilidades;
- Trabalhar para pessoas que ouçam idéias de como desempenhar as tarefas da melhor forma;
- Ter a oportunidade de ver os resultados do seu trabalho;
- Ter a chance de pensar por si mesmas;
- Trabalhar sob a orientação de um gerente eficiente;
- Ter um emprego que apresente desafios;
- Sentir-se bem informado sobre o que está ocorrendo.

Sendo assim, a organização de enfermagem entendeu que a Administração Participativa poderia ser um modelo de gestão a ser adotado, com o objetivo de contribuir para implantação de sistema mais eficiente e efetivo, dentro dos valores e cultura vigentes em nosso meio e no contexto mundial do século (BORK, 2003, p. 73).

Segundo Maranaldo (1989), a Administração Participativa é o conjunto harmônico de sistemas, condições organizacionais e comportamentos gerenciais, que provoca e incentiva a participação de todos no processo de administração dos três recursos fundamentais de qualquer empresa (Capital, Informação e Recursos Humanos), alcançando, por meio dessa participação, o total comprometimento com os resultados, medidos pelos termômetros da eficiência, eficácia e qualidade.

A Administração Participativa, habitualmente implantada em empresas de diversos ramos de atuação, serviu de apoio para busca e construção de um modelo de gestão similar e adequado aos serviços de saúde.

As organizações que forem capazes de colocarem em prática com mais rapidez e eficiência, as mudanças fundamentais e duradouras que abrangem todo o sistema serão bem-sucedidas no futuro próximo.

À medida que o mundo se interligou sob as normas da globalização, as empresas, incluindo os hospitais, perceberam que a excelência de desempenho está na descoberta de empregar e explorar o potencial e capacidade de aprendizagem de seus profissionais em todos os níveis da organização.

Para adaptar-se ao que o mercado está exigindo, o profissional deve aplicar seus recursos em conhecimento desenvolver habilidades, como a flexibilidade diante as mudanças, de forma a agregar valor aos resultados.

As estruturas deixam de ser verticais para horizontais, e o papel do líder consiste em explicar a visão e os princípios dessa nova estrutura, partilhando as informações com seu grupo de trabalho. Na área da saúde, dentro do campo da enfermagem, essas tendências são iguais; sempre o que o cliente pensa é o foco de uma estrutura, o que exige o redesenho de processos e de negócios.

As organizações hospitalares – especificamente de enfermagem nos Estados Unidos, na recente década de 80 – iniciaram a implantação de um modelo de decisão descentralizada, alicerçada na Administração Participativa.

É um modelo que precisa sempre fazer uma avaliação para ser flexível e adequar-se ao ambiente. Esse modelo de gestão cresceu rapidamente, em mais de 1.000 hospitais nos Estados Unidos, re-adequando modelos gerenciais burocráticos e hierárquicos tradicionalmente encontrados na enfermagem.

Oferece um novo ambiente com maior autonomia da equipe de enfermagem, que tem sua autoridade legitimada no processo de decisão sobre a sua prática e responde diretamente pelos resultados dela adquiridos. Assim, para o sistema de Enfermagem de um hospital bem conceituado no mercado, começava a nascer novo modelo de gestão: a Estrutura de Decisão Compartilhada. Sete princípios ensinam o modelo de decisão compartilhada (BORK, 2003):

- **Parceria:** Consiste no reconhecimento da interdependência de todas as ações e da contribuição de cada papel no resultado do serviço. Cria um contexto significativamente diferente para a organização, afeta sua estrutura e exige envolvimento de todos na busca dos melhores resultados.

- Autoridade com responsabilidade (ACCOUNTABILITY): Para exercer a accountability, é necessário que o profissional tenha autonomia, autoridade e controle sobre determinada atividade para obtenção dos resultados. Entende-se por autonomia o direito de tomada de decisão; enquanto controle seria a habilidade e capacidade para a tomada de decisão.
- Equidade: Está relacionada ao reconhecimento do valor ético, os princípios de conduta que orientam as relações interpessoais. É como uma organização desempenha o seu trabalho e sustenta o relacionamento entre os indivíduos que contribuem para os seus resultados e, portanto, seu sucesso. Cada papel trará uma contribuição diferente e importante para obtenção dos resultados. Nesse sentido, é imprescindível valorizar a todos e permitir a participação dos diversos representantes da estrutura na tomada de decisão.
- Propriedade: Refere-se ao comprometimento do indivíduo, tanto com a sua carreira quanto com o seu trabalho. Os profissionais devem estar preparados para priorizar suas carreiras, as mudanças no trabalho e seu crescimento pessoal. A propriedade tem alicerce na confiança mútua entre a organização e o profissional. O trabalho de cada um está totalmente comprometido com a meta da organização, que é prestar assistência ao paciente e fornecer serviços com excelência de qualidade.
- Eficiência, Eficácia e Efetividade: As ações envolvidas no processo de tomada de decisão para a obtenção de resultados satisfatórios devem ter como premissas a eficiência, a eficácia e a efetividade. A eficiência refere-se ao empenho dos profissionais diante das ações realizadas para o alcance dos resultados; a eficácia representa as ações objetivas e assertivas para um bom resultado; e a efetividade é o alcance do resultado esperado.
- Aprendizado contínuo: Para que a tomada de decisão seja compartilhada, todos os membros da equipe devem investir no aprendizado contínuo para que as suas ações e decisões sejam embasadas na melhor informação e no conhecimento científico.

- A pessoa certa no lugar certo: Diferentes assuntos requerem diferentes líderes ou especialistas. A melhor decisão não é a mais popular ou a da maioria, mas aquela respaldada pela melhor informação. Dessa forma há que se garantir que a pessoa certa esteja no lugar certo para que possa apropriar-se das decisões que lhe dizem respeito.

A Estrutura de Decisão Compartilhada do Sistema de Enfermagem da Instituição em estudo tem como referencial a Administração Participativa. Segundo Bork (2003), a escolha foi alicerçada pelos princípios que a orientam, pois estes são compatíveis com as demandas de modelos gerenciais do futuro; pela tomada de decisão assertiva, respaldada em conhecimento científico; e pela autonomia e autoridade da equipe de enfermagem na tomada de decisão em relação à prática assistencial.

Muitas pesquisas relatam que a Administração Participativa é um modelo de organização que pode ser adequado a serviços de enfermagem, já tendo sido implantado em hospitais americanos, canadenses e ingleses. Ambos adotaram maneira diferente de implantação. O sucesso na implementação de qualquer modelo depende do investimento, comprometimento e apropriação do papel dos profissionais. O planejamento estratégico efetivo, a comunicação eficiente, a consistência com valores organizacionais e a avaliação de resultados devem ser permanentemente considerados.

Entre os mais importantes desse processo, destaca-se o sistema de comunicação efetivo de sensibilização da equipe de enfermagem.

Um dos maiores desafios nesse projeto é a incorporação, pelo enfermeiro, de seu papel de líder no processo, utilizando seu conhecimento clínico e envolvendo a equipe de enfermagem (e outros membros interdisciplinares) na promoção do processo de tomada de decisão descentralizado e efetivo, no cuidado ao paciente e família. Sobre a prática de enfermagem a decisão deve ser tomada à beira do leito, centrada no paciente e família, tendo em vista suas necessidades de saúde e fortalecida por uma prática profissional com excelência de qualidade, sustentada na melhor evidência científica. Para que o melhor seja alcançado, a equipe deve agir

reunindo os princípios de parceria, equidade, autoridade com responsabilidade e apropriação de seu papel profissional.

Para a permanência desse objetivo, é necessário o empenho pessoal do enfermeiro em seu aprimoramento contínuo. O processo é dinâmico e requer que o profissional assuma suas responsabilidades com a empresa e com o paciente e família.

O Sistema de Enfermagem de hospital de grande porte tem trabalhado em parceria com a área de Recursos Humanos de maneira visionária, focalizando o desenvolvimento do profissional de enfermagem para assegurar que as “pessoas certas ocupem os lugares certos” no processo de assistência ao paciente. Para que esse processo de seleção de pessoal seja realizado adequadamente, é necessário antes de qualquer coisa traçar o perfil humano e profissional de cargo a ser preenchido, que poderá servir de roteiro na busca do candidato.

Os próprios profissionais no desempenho da função e do setor de Educação Continuada podem participar desse processo. Entretanto, a liderança da área precisa obrigatoriamente estar envolvida para conhecer seu conteúdo e especificações e melhor administrar seu pessoal.

Os efeitos da globalização se intensificaram no âmbito social, de forma que, hoje, muitas pessoas são afetadas por movimentos como o desemprego, a grande procura por talentos, tornando o fator humano um diferencial competitivo. Frente a tantas mudanças, os enfermeiros, dentro dos hospitais, são solicitados a exercer um papel proativo, ou seja, girar, transformar, inovar e criar para sobreviver. De fato, o papel das atividades humanas nos hospitais não está mais relacionado apenas à descrição de cargo e função, mas envolve também todo um perfil capaz de trazer o dinamismo, a inteligência e a criatividade, atributos necessários às instituições que desejam se manter na liderança do mercado.

Hoje, o verdadeiro desafio para os líderes de enfermagem consiste em direcionar esforços para entender e utilizar eficientemente os talentos humanos nos hospitais. Nesse sentido, o enfermeiro do Sistema de Enfermagem de um hospital

de grande porte em estudo apresenta as seguintes características profissionais (BORK, 2003):

- Trabalho em equipe
- Liderança
- Resistência a frustração
- Comunicação
- Automotivação
- Tomada de decisão
- Relacionamento interpessoal
- Flexibilidade

As aptidões definidas para o enfermeiro envolvem uma série de habilidades, das quais se destacam: a integração do conhecimento com a prática, o pensamento crítico, liderança, capacidade de orientar a equipe e o gerenciamento baseado em resultados. O perfil profissional pode ser verificado por meio das ações diretas esperadas no enfermeiro:

- Presta cuidado seguro apoiado pela Lei do Exercício Profissional e direcionado pela evidência científica;
- Apresenta Habilidade no discurso com a equipe e com o cliente, além de habilidade escrita;
- Tem capacidade de contextualização e integração de informações pertinentes, para a tomada de decisão precisa e ágil; capacidade de solucionar problemas, fazer diagnósticos e oferecer alternativas viáveis; capacidade de tomar decisões identificando prioridades, além de buscar dados científicos;
- Conhece e aplica os princípios éticos, morais e legais no cuidado; exige respeito ao outro e zela pelo cliente;

- Gerencia com metas e objetivos claros, planeja e delega de forma racional as atividades; supervisiona os outros; otimiza os recursos humanos e materiais; gerencia com vistas à obtenção de resultados para o paciente e instituição;
- É colaborativo, aceita desafios, é criativo, vislumbra alternativas, planeja e antecipa ação, tem capacidade de envolver a equipe para a obtenção de resultados;
- Tem capacidade de comunicação com a equipe, lidera a promoção da saúde e reabilitação;
- Tem conhecimento técnico-científico.

E o que são competências? Para Marx (2000), são habilidades técnicas e o conhecimento científico que, aliados a características pessoais, distinguem os profissionais pelo seu alto desempenho. Então, competência não é tudo aquilo que o funcionário faz dentro da função, mas sim aquilo que o diferencia dos outros.

Nesse sentido, a competência de desenhar a Estrutura de Decisão Compartilhada é tarefa importante e complexa no processo de implantação e deverá ser definida por um grupo de trabalho especialmente designado para a função, denominado Grupo de Implantação da Estrutura de Decisão Compartilhada de Enfermagem (BORK, 2003).

Recomenda-se de 7 a 14 membros. O enfermeiro, dentro da equipe de enfermagem, é o profissional que preenche o perfil e as características desejadas para a composição do Grupo de Implantação. Sendo assim, esse grupo deve ser composto por enfermeiros assistenciais, enfermeiros de educação continuada, coordenadores de área e líder do Sistema de Enfermagem. Para Bork (2003), os enfermeiros assistenciais devem compor 50% da equipe de trabalho, permitindo que as discussões possam estar fundamentadas por profissionais que atuam diretamente na “linha de frente” com o cliente. Se possível, todos os setores, ou a sua maior parte, devem estar representados no Grupo de Implantação, pois a adequada representatividade das áreas ou unidades é essencial para que possam tomar decisões assertivas para a instituição como um todo. É necessário, também,

um relacionamento de confiança e cumplicidade, possibilitando adequada integração e interação entre os membros da equipe.

O Grupo de Implantação planeja reuniões, locais e a pauta, estabelecendo um cronograma de atuação que vise o alcance do objetivo final. O estabelecimento de um prazo para a conclusão da tarefa deverá guiar a elaboração do cronograma. Todas as pautas são encaminhadas para o Grupo de Sensibilização do Modelo de Decisão Compartilhada. Assim, esse grupo estará interagindo com o Grupo de Implantação, contribuindo com análises e sugestões (BORK, 2003).

Com o modelo da nova Estrutura apoiado pela alta administração do hospital é fundamental o entendimento da nova proposta por toda a equipe de saúde. Para isso, o Grupo de Implantação se subdivide em dois. Parte dele será base para a formação do Grupo de Implementação. Os demais componentes formarão um novo grupo responsável pela divulgação da nova Estrutura (BORK, 2003).

Para a implantação do Modelo de Decisão Compartilhada, no hospital em estudo, é importante definir normas, protocolos, propósitos e princípios norteadores da nova Estrutura através do Regimento da Estrutura de Decisão Compartilhada elaborado pelo Grupo de Implantação. Como exemplo, a seguir uma síntese dos Regimentos do Comitê, dos Conselhos e do Time Assistencial implantados em um hospital:

Comitê Executivo de Enfermagem (CEE)

Propósitos:

Normatizar o exercício da enfermagem;

Garantir o funcionamento do modelo de Estrutura Gerencial Compartilhada de enfermagem;

Definir e garantir o cumprimento das diretrizes estratégicas do Sistema de Enfermagem da Instituição.

Integrantes:

Membros permanentes – primeiro líder do Sistema de Enfermagem e seus assistentes diretos;

Membros eleitos – Coordenadores do Conselho da Prática, Educação e Pesquisa e Gerenciamento em Enfermagem.

Conselho da Prática de Enfermagem (CPE)

Propósitos:

Definir a filosofia e o modelo de enfermagem;

Implantar e aprovar os padrões da Prática de Enfermagem e políticas de procedimentos;

Responder pela Prática de Enfermagem e avaliar seus resultados.

Integrantes:

Sugere-se um total de 8 15 membros; a maioria são enfermeiros assistenciais que são coordenadores dos Times Assistenciais e que representam as diversas áreas do hospital.

Conselho de Educação e Pesquisa de Enfermagem (CEPE)

Propósitos:

Desenvolver uma equipe de enfermagem altamente qualificada para prover a assistência com excelência de qualidade;

Agregar novos conhecimentos na atuação dos profissionais de enfermagem, interagindo com a equipe multiprofissional, Instituições de Ensino, Sociedades de Enfermagem e com os hospitais nacionais e internacionais;

Fomentar a pesquisa científica em enfermagem, bem como incorporar padrões e evidências científicas atualizados para a prática de enfermagem.

Integrantes:

Sugere-se um total de 8 15 membros, sendo a maioria enfermeiros de educação continuada.

Conselho de Gerenciamento de Enfermagem (CGE)

Propósito:

Coordenar os recursos materiais, humanos, financeiros necessários para o processo assistencial de enfermagem.

Integrantes:

Sugere-se um total de 8 a 15 membros, com a participação de todos os coordenadores de enfermagem, primeiro líder de enfermagem e seus assistentes diretos.

Time Assistencial de Enfermagem (TAE)

Propósitos:

Implementar a prática de enfermagem local;

Prover um fórum de diálogo e comunicação de assuntos relativos à prática clínica e de enfermagem local;

Promover a imagem profissional da enfermagem para o paciente e família, localmente.

Integrantes:

Sugere-se um total de 8 a 15 membros, mas, dependendo das características da unidade, trabalhando dessa forma em pequenos grupos – núcleos interdisciplinares.

Dessa forma, a equipe de saúde é representada, localmente, pelo Time Assistencial. Cabe a ele implementar os seus propósitos em cada unidade assistencial, decidindo sobre as questões que envolvem a prática de enfermagem e a imagem da profissão. Ele é responsável pela maioria das decisões da Estrutura. Sua composição inclui enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, representando cada turno de trabalho, e, ainda, o coordenador de enfermagem da unidade e o enfermeiro de educação continuada. É fundamental, entretanto, que nos lembremos de que a primeira célula de tomada de decisão é aquela formada pelo

paciente e profissional de saúde. O paciente é e sempre deverá ser parte das decisões tomadas em relação à assistência planejada (BORK, 2003).

Durante a fase de planejamento da nova Estrutura, os grupos de trabalho procuraram antever os fatores favoráveis e desfavoráveis para a implantação e seu impacto no corpo de enfermagem e na organização. O planejamento estratégico efetivo, a comunicação eficiente, a consistência com os valores organizacionais e a avaliação de resultados devem ser permanentemente considerados. Segundo Bork (2003), entre os triunfos desse processo, destacam-se o sistema de comunicação efetivo e o trabalho intensivo de sensibilização da equipe de enfermagem; o controle da prática de enfermagem, a valorização da profissão e o fortalecimento da autonomia e da imagem do enfermeiro são resultados esperados nesse processo, aumentando a satisfação do profissional com o seu trabalho. O processo é dinâmico e requer que o profissional assuma suas responsabilidades com a profissão, com a empresa e com o paciente e família.

A implantação da nova Estrutura Gerencial também contempla desafios, desde a definição dos membros e a organização dos Times Assistenciais em cada unidade de serviço até sua representação nos Conselhos. O membro é escolhido pelo tipo de decisão a ser tomada, pela melhor informação disponível e pelo compromisso com a nova Estrutura. O desafio é evitar a sobreposição e redundância de decisões e de atividades e fortalecer os “atores da decisão” com autonomia e autoridade. A identificação e o exercício cotidiano de acertos e desvios irão aprimorar o redesenho de processos e minimizar conflitos entre os pares e a estrutura formal do sistema (BORK, 2003).

Capítulo III

AS COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA

“Seja leal quem é servido por você. Jogue em equipe e todos se beneficiarão”.

Friedrich Schiller

- Teorias Organizacionais.
- Fundamentos Éticos e Responsabilidade Social.
- Sistemas, Valores e Relacionamentos Sociais.
- Globalização Econômica e Cultural.
- Planejamento e Implementação de Atividades de Relações Públicas.
- Desenvolvimento Organizacional.
- Desenvolvimento do Ser Humano.
- Alocação de Recursos (materiais e financeiros).
- Resolução de Problemas e Tomada de Decisões.
- Diversas Estratégias de Aprendizagem.
- Análise, Produção e Relatos de Pesquisa.
- Trabalho em Pequenos Grupos.
- Planejamento e Implementação de Projetos.
- Interpretação de Leis, Regulamentos e Política.

1. Teorias Organizacionais

O estilo de liderança é definido como a influência interativa de líderes aceitos sobre os funcionários para alcançar os resultados organizacionais desejados (SILVA, 2016) enquanto a teoria organizacional é um reflexo de um conjunto de crenças, suposições e práticas comuns fundamentais compartilhadas. Apesar da abundante evidência na literatura de que liderança e teoria organizacional são dois fatores interligados que influenciam os resultados dos funcionários (eficácia, comprometimento, desempenho e satisfação) na teoria organizacional, esses dois fatores foram frequentemente estudados de forma independente em pesquisas de saúde (CHONG et al., 2018).

A Teoria Organizacional constitui um elenco de procedimentos formais (normas, rotinas, protocolos, organograma, atribuições de papéis...) necessários à manutenção, ao crescimento e desenvolvimento das organizações (FERNANDES, 2016).

Além disso, diversas tipologias teóricas e instrumentos de medição desafiam a generalização dos resultados. Funcionários de diferentes contextos culturais, geográficos e ocupacionais foram relatados como tendo interpretações variadas sobre os construtos subjacentes da teoria organizacional e do estilo de liderança (MAN LUJE; JOHNSTON, 2019).

A liderança transformacional é o estilo de liderança mais eficaz em relação aos resultados positivos na organização, ao traçar protocolos e rotinas, como maior produtividade no trabalho, embora tenha um efeito mais duradouro nos resultados organizacionais do que o estilo de liderança transacional.

Na abordagem hospitalar a maioria dos orçamentos, planejamento estratégico, manuais de trabalho e políticas de recursos humanos são definidos pelo gestor. Portanto, itens como "o hospital ajusta o esquema de orçamento e o processo de trabalho de acordo com as mudanças nas circunstâncias", "o hospital possui um manual de trabalho detalhado" e "o hospital adota um sistema de tomada de decisão de cima para baixo" se aplicavam prontamente ao contexto de saúde.

As iniciativas de mudança organizacional na área da saúde frequentemente alcançam sucesso de implementação apenas parcial. Compreender as teorias organizacionais pode ser uma forma de desenvolver estratégias de mudança mais eficazes e eficientes.

O compromisso com a mudança pode ser definido como a mentalidade que liga um indivíduo ao processo de ação considerado necessário para a implementação bem-sucedida. Weiner (2009) propõe que os membros da organização cujo compromisso com a mudança organizacional é baseado em “querer” em vez de “ter que” ou “deveria” exibir não apenas um comportamento mais cooperativo (por exemplo, voluntariado para equipes de solução de problemas), mas também um comportamento defensivo (por exemplo, promovendo o valor da mudança para os outros). A eficácia da implementação de protocolos e processos refere-se à crença compartilhada dos membros da organização em suas capacidades coletivas para organizar e executar os cursos de ação envolvidos na implementação dos mesmos. Ele reflete a quantidade de conhecimento disponível sobre o que fazer e como fazer, ou seja, é uma função da avaliação cognitiva dos membros de três fatores da capacidade de implementação: os recursos (incluindo o tempo) disponíveis, as demandas de tarefas e a situação que faces da organização.

A capacidade de medir como os membros de uma organização percebem esses dois construtos pode, em última análise, ser usada por líderes de saúde para desenvolver estratégias de mudança organizacional mais eficazes e eficientes (STORKHOLM et al., 2017).

Um ponto forte na implementação de processos na teoria organizacional é o uso da teoria clássica que oferece uma série de vantagens ao modelar a relação de itens individuais com o construto medido. Ele fornece uma descrição mais rica do desempenho de cada item e mais detalhes sobre a precisão de cada processo e rotina na organização (SHEA et al., 2014). No contexto da saúde, a implantação de normas e protocolos se torna importante para a investigação das estratégias que os hospitais empregam para gerenciar a atual reforma de todo o sistema e as mudanças relacionadas na prestação de serviços.

2. Fundamentos Éticos e Responsabilidade Social

O novo conceito de liderança pode ser descrito como uma liderança globalmente responsável, ou seja, uma liderança ética e baseada em valores, na busca do progresso econômico e social e do desenvolvimento sustentável, reconhecendo a necessidade de avanços econômicos, sociais e ambientais (CHIAVENATO, 2010). E, dentro de um contexto global ter a visão de buscar uma tomada de decisão gerencial com fundamentos éticos e responsáveis dependendo tanto da consciência dos princípios e dos regulamentos quanto do desenvolvimento da dimensão interior e da consciência pessoal.

Responsabilidade Social é uma forma de conduzir os negócios da empresa de tal maneira que a torna parceira e corresponsável pelo desenvolvimento social. O novo contexto global das organizações requer uma definição dos negócios que engloba as responsabilidades e fundamentos éticos que devem ir além de explicações focadas puramente em finanças.

A Ética é o estudo da obrigação moral, ou a separação do certo e do errado. Refletir sobre seu papel e o papel institucional quanto à responsabilidade social e cumprimento dos princípios éticos que regulamentam as atividades envolvidas (DUTRA, 2012).

Garantir o uso sustentável dos recursos ambientais, sociais e tecnológicos é um desafio global.

A chave para a sustentabilidade é ajustar adequadamente as dotações máximas, que devem andar de mãos dadas com a disponibilidade de recursos comuns. Uma abundância de recursos comuns deve ser sentida por todos os indivíduos pertencentes ao grupo, e as recompensas devem ser administradas rapidamente. Isso reforça a responsabilidade social e reembolsa os cooperadores por seus esforços altruístas anteriores. Surge uma espiral descendente, porque o esgotamento dos recursos comuns afasta da cooperação também aqueles que anteriormente poderiam ter sentido que era uma estratégia viável a ser adotada. Tudo o que resta é um recurso comum esgotado e deserção generalizada, apesar do breve período de abundância excessiva (CHEN et al., 2014).

A consciência do impacto das atividades humanas na sociedade e no meio ambiente é conhecida como “Responsabilidade Social”. Tem sido um tema de crescente interesse em muitas empresas desde os anos cinquenta do século passado, e sua implementação / avaliação é hoje amparada por padrões internacionais. Há uma tendência de ampliar seu escopo de aplicação para outras áreas das atividades humanas, como Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (VALCARCEL; LUCENA, 2014).

No âmbito das organizações de saúde Souba (2011) afirma que um contexto renovado para a liderança - um que distingue ser um líder como a base para o que os líderes sabem, têm e fazem - é central para restaurar os fundamentos éticos de longa data da medicina. Em vez de focar na adição de títulos e prêmios esta abordagem começa por operar na base fundamental ou nível de raiz de uma estrutura teórica completa, fornecendo uma base coerente e significativa que re-contextualiza as formas de ser um líder e a conexão inerente desse ser às ações de uma liderança eficaz.

Uma abordagem de liderança centrada no ser não substitui o foco em ações e desempenho. Em vez disso, cria a base ontológica sobre a qual o fundamento ético da medicina - agindo no melhor interesse do paciente, salvaguardando a escolha do paciente e garantindo a justiça - está alicerçado e pode ser posto em prática. É esse tipo de "escuta" contextual que leva a um enfraquecimento da ética da medicina.

3. Sistemas, Valores e Relacionamentos Sociais

Os padrões e valores morais de um indivíduo ajudam a nortear uma atitude ética na tomada de decisão. Os valores servem como padrões para a maneira de pensar e agir das pessoas. Nenhuma cultura se consolida sem a existência de valores. Nenhum relacionamento social é mantido sem a existência de valores. Assim, a dinâmica da sociedade é resultado do fluxograma dos sistemas, dos valores, e dos relacionamentos sociais. Fundamental conhecer da Instituição: Missão, Visão, Valores, sistemas dos departamentos, com seus respectivos fluxogramas, equipes multiprofissionais e programas de treinamentos.

A cultura organizacional é descrita como o reflexo de valores, estilos de liderança dominantes, a linguagem e os relacionamentos, os procedimentos e rotinas e as definições de sucesso que tornam uma organização única (SASAKI et al., 2017).

A definição mais comum de cultura organizacional é a de Schien (2010) que descreve como um padrão de suposições básicas compartilhadas que um grupo aprendeu ao resolver seus problemas de adaptação externa e integração interna, que funcionou bem o suficiente para ser considerado válido e, portanto, ser ensinado a novos membros como forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas. O estudo da cultura organizacional começou na década de 1980, e entender a cultura organizacional tornou-se uma abordagem essencial para a implementação da gestão estratégica no campo empresarial.

Da mesma forma, a cultura organizacional no setor de saúde também tem chamado muita atenção desde o final da década de 1990, por ser reconhecida como um importante contribuinte para a qualidade e o desempenho da saúde. Os valores e relacionamentos organizacionais geralmente se concentram na qualidade do atendimento e na segurança do paciente (BARBERA, 2014). Notavelmente, a cultura organizacional demonstrou ter um impacto na satisfação no trabalho, rotatividade de funcionários, satisfação do paciente, melhoria da qualidade, adesão às diretrizes e resultados de desempenho (MOHR et al., 2012).

Líderes eficazes contam com a comunicação de seus valores, objetivos e visão e com a construção dos pontos fortes dos indivíduos em sua organização para influenciar a tomada de decisão e o comportamento de seus seguidores.

Os altos gerentes que desempenham a liderança podem influenciar as atitudes dos funcionários em relação à adoção, implementação e uso de inovações em saúde (GUERRERO et al., 2020).

4. Globalização Econômica e Cultural

O objetivo é a interdisciplinaridade, a partir de investimentos qualificação profissional, por meio de cursos internos e externos, protocolos de ações de saúde que visem o conhecimento científico individual e coletivo.

Os amplos efeitos da globalização em diferentes aspectos da vida chamaram muita atenção nas últimas três décadas. À medida que os países, especialmente os países em desenvolvimento, estão acelerando sua abertura nos últimos anos, a preocupação com a globalização e seus diferentes efeitos sobre o crescimento econômico, a pobreza, a desigualdade, o meio ambiente e o domínio cultural aumentam (SAMIMI; JENATABADI, 2014).

Muitos estudos examinaram empiricamente o impacto da globalização sobre o crescimento econômico em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Geralmente, a literatura sobre o nexos globalização-crescimento econômico apoia a ideia de que a globalização acentua o crescimento econômico. As descobertas desses estudos indicam que a abertura está associada a um crescimento mais rápido. Os benefícios do crescimento da abertura comercial crescente dependem do nível de progresso em áreas estruturais, incluindo educação, inovação, infraestrutura, instituições, estrutura regulatória e desenvolvimento financeiro (RAO et al., 2011).

No entanto, os países com maior nível de capital humano podem ser melhores e mais rápidos para imitar e implementar as tecnologias transferidas. Além disso, a abertura financeira traz consigo o conhecimento e a gestão para a implementação da nova tecnologia. Pode ser útil para melhorar o nível de capital humano nos países anfitriões. Além disso, os sistemas financeiros fortes e em bom funcionamento podem conduzir o fluxo de capital estrangeiro para os setores produtivos e compatíveis nos países em desenvolvimento. No geral, com maior nível de capital humano e sistemas financeiros mais fortes, os países globalizados se beneficiam do efeito de crescimento da globalização (SAMIMI; JENATABADI, 2014).

A globalização contribui para a busca de uma comunicação eficiente exigindo daqueles que a compõem, que se tornem cada vez mais conscientes dos processos atuais de comunicação.

A comunicação faz parte do processo de liderança na mobilização das pessoas, envolvimento e desenvolvimento das equipes. Possibilita ainda que o alinhamento entre organização e colaboradores e favorece um clima organizacional positivo fortalecendo a imagem da organização junto ao mercado.

Logo, a comunicação é o processo que envolve resulta no relacionamento interpessoal, principalmente dentro das organizações e tem como base um processo profundo e permanente entre o emissor e o receptor organizacional. A boa comunicação interna só é possível em empresas onde o trabalho se torna meio para o crescimento dos indivíduos que a compõem (DIAS, 2013).

Um líder deve ser capaz de absorver os princípios da comunicação e utilizar as ferramentas adequadas para interagir com o grupo e apresentando a capacidade de exposição dos benefícios da relação organização e colaborador.

5. Planejamento e Implementação de Atividades de Relações Públicas

O planejamento e a implementação das atividades de relações Públicas consolida a marca como um todo na comunidade em que está inserida e valoriza as propostas associativas de entidades locais. A reflexão do papel do indivíduo na comunidade e na instituição, nas quais está inserido.

A atividade de Relações Públicas tem como objetivo aproximar as empresas do seu público de interesse, através de uma coordenação sistematizada de estratégias e táticas empresariais para otimização de esforços e investimentos, constante com causas sociais a modernidade, a qualidade dos serviços prestados e com isso, a sobrevivência, o prestígio e a credibilidade da organização (BRUNT; BOGDAN, 2020).

Diante da crescente competitividade no mercado atual, algumas empresas têm percebido que, sem atividades relacionadas ao planejamento, o caminho rumo à

liderança se torna ainda mais complicado. Este fato tem levado gestores à busca por ferramentas que proporcionem um planejamento estratégico, no intuito de guiar suas decisões no contexto da organização (KOTLER, 2013).

As organizações não devem trabalhar na base da improvisação. O planejamento deve figurar como função administrativa principal, servindo de base para as outras funções. Nestes termos, o planejamento deve assumir o papel de direcionador para as metas a serem alcançadas, inclusive estabelecendo o melhor caminho para atingi-las.

Oliveira (2010) afirma que o planejamento não deve ser realizado de maneira isolada, mas deve ser visto como um processo composto de ações relacionadas entre si, visando o alcance de objetivos previamente estabelecidos.

Segundo Chiavenato (2010), a estratégia implica na construção de um padrão de comportamento ou uma perspectiva futura. Isso está diretamente relacionado com a maneira na qual ela é interpretada para ser colocada em ação. Para o autor, a estratégia é uma teoria sobre a realidade do mercado em que se está atuando.

O planejamento estratégico, dessa forma, corresponde à definição de um conjunto de providências a serem tomadas pelo gestor da organização, numa situação em que haja necessidade de mudanças em relação ao momento presente (OLIVEIRA, 2010).

Este tipo de planejamento permite que a empresa estabeleça um direcionamento visando a otimização dos processos, através da interação de fatores internos e externos que possam atuar de maneira inovadora (OLIVEIRA, 2010).

Ainda de acordo com Chiavenato (2010), o planejamento estratégico é amplo e abrange toda a organização, caracterizado por ser projetado em longos prazos e definido pela cúpula da organização. Para o autor, o planejamento estratégico corresponde ao plano maior, no qual todos os demais colaboradores estão subordinados.

É importante que os líderes entendam a cultura organizacional na qual trabalham. Saber como a organização pensa é fundamental para se alinhar com

seus objetivos e ajuda os indivíduos a lidar com as mudanças que ocorrem em todas as organizações. As metas departamentais devem ser consistentes e alinhadas com as metas organizacionais e os líderes devem ser capazes de articular seu valor para a liderança sênior (BRUNT; BOGDAN, 2020).

6. Desenvolvimento Organizacional

É um esforço educacional, destinado a mudar atitudes, valores, comportamentos e a estrutura da organização, de tal maneira que esta possa se adaptar melhor ao novo cenário, às novas conjunturas, mercados, tecnologias, problemas e desafios. Visa a clara percepção do que está ocorrendo nos ambientes interno e externo da organização.

Objetiva mudança que conciliam as necessidades humanas fundamentais com os objetivos e metas da organização. Exige participação ativa, aberta, não-manipulada, e mais do que tudo, um profundo respeito pela pessoa humana. O aprimoramento profissional deve ser contínuo e crescente, com planejamento a curto, médio e longo prazo conforme as diretrizes institucionais.

O desenvolvimento organizacional é estimulado por fatores externos e internos que se interagem de forma complexa e interativa e é nesta interação que emerge e se sustenta o conhecimento (GARVIN, 2011).

Segundo Oliveira (2001), os pontos internos têm a finalidade de colocar em evidência as deficiências e qualidades da empresa.

Para tanto, deve-se utilizar uma mentalidade globalizada ao realizar tal análise. Mentalidade globalizada é definida como a capacidade de estudar um ambiente interno de maneira que não dependa das premissas de um contexto único (SOUSA, 2012).

Luecke (2009) diz que é essencial considerar os fatores internos e externos, já que estes esclarecem o mundo em que opera a organização, e permitem um melhor planejamento do futuro esperado. Dessa forma, conforme colocado pelo autor, veremos a seguir a importância da análise em conjunto com os fatores externos.

De acordo com Neto (2011), as oportunidades e ameaças estão intimamente relacionadas aos fatores externos. Por este motivo, esta análise deve ser interpretada de maneira a unir as peças-chave, uma vez que irão formar um diagnóstico que deverá ser uma boa fonte de informação para a tomada de decisões estratégicas.

Segundo Neto (2011), diante do conhecimento dos pontos fortes e fracos, além das oportunidades e ameaças na qual a organização está exposta, a gestão se torna capaz de adotar estratégias que busquem sua sobrevivência, manutenção ou desenvolvimento.

Para Chiavenato (2010) o avanço tecnológico sozinho não produz efeito se a qualidade da administração não permitir uma atuação efetiva dos recursos humanos. As organizações estão inseridas dentro deste ambiente e as pessoas que nelas atuam contribuem para um intercâmbio constante (BAHIA, 2015).

Portanto, o grande desafio é fazer com que as empresas sejam capacitadas e se adaptem aos rápidos e turbulentos movimentos do mercado cada vez mais complexo.

No ambiente de saúde com foco na educação interprofissional, é imperativo que o líder desenvolva boas relações de trabalho com os membros das outras disciplinas da equipe de saúde. Líderes eficazes implementam práticas de tomada de decisão compartilhada para permitir a participação ativa e total das partes interessadas e apoiar, treinar e orientar continuamente os membros da equipe. Além de servir de modelo, os líderes motivam e capacitam as pessoas com as ferramentas e os recursos de que precisam para fazer seu trabalho, depois saem do caminho e deixam que o façam. Os líderes aproveitam as oportunidades para motivar as pessoas, reconhecendo seu valor, serviços ou contribuições. No entanto, como o líder não pode atingir os objetivos estratégicos no vácuo, as habilidades de delegação são uma ferramenta essencial no arsenal do líder (BRUNT; BOGDAN, 2020).

7. Desenvolvimento do Ser Humano

O desafio da interação humana na busca de resultados; o aprimoramento das relações interpessoais para o trabalho em equipe; a maximização do potencial sinérgico do grupo; o conceito, as fases da formação e o crescimento da equipe; conflito, competição e cooperação; objetivos pessoais x objetivos da equipe; comprometimento; resultado e reconhecimento, é das mais difíceis de serem trabalhadas por sua natureza complexa e delicada, particularmente no âmbito das organizações, e, ainda assim, é das mais importantes diante dos novos paradigmas.

Uma abordagem por competência é baseada no conceito das características essenciais dos indivíduos que lideram o desempenho eficiente e excelente dentro de um trabalho ou tarefa. Essa abordagem criou um novo espaço no horizonte de desenvolvimento de recursos humanos. Dentro desta estrutura, o principal papel das competências é integrar os componentes centrais no desenvolvimento de recursos humanos nas organizações (Fattahi et al., 2020).

A responsabilidade do ser humano nas organizações corresponde ao conjunto de valores absorvidos e disseminados a partir de condutas nas relações de trabalho. As influências da cultura também podem ser consideradas e são fatores importantes na determinação das concepções de trabalho.

O capital humano e suas habilidades são fundamentais para sucesso nas organizações, uma vez que as mesmas vêm apostando no maior envolvimento dos colaboradores para o alcance de metas e objetivos, utilizando ferramentas gerenciais para atender as expectativas desses profissionais, motivando, treinando e avaliando o clima organizacional (CHIAVENATO, 2010).

A inteligência emocional é crucial nesse aspecto. Promover atividades lúdicas, conforto emocional, acolhimento, empatia, atividades de lazer.... são alguns exemplos para o estabelecimento do desenvolvimento do ser humano.

Hoje, o desenvolvimento de modelos de capacidade de liderança é muito relevante na formação de líderes do sistema de saúde. O principal objetivo desse treinamento é preparar um líder competente que seja capaz de gerenciar com eficácia uma equipe de organização médica, possua um conjunto completo de

competências gerenciais e, o mais importante, tenha uma visão sistêmica das tendências globais da indústria, juntamente com habilidades de gestão de risco em tanto a nível local como global (RESHETNIKOV et al., 2020).

A diferença entre um líder de destaque e um bom líder não está na educação ou nas habilidades técnicas, mas no nível de desenvolvimento da inteligência emocional, que é representada por uma combinação de cinco habilidades que permitem aos líderes para alcançar o trabalho mais eficaz, não apenas de si mesmos, mas de seus subordinados também. O estudo de Goleman et al. (2015) mostrou que quando a alta direção de uma organização possui o nível necessário de inteligência emocional, os indicadores de desempenho anual de todas as divisões são 20% superiores ao planejado. Portanto, para o desenvolvimento e aprimoramento de modelos de atividades de gestão eficaz, é necessário dar atenção especial ao estudo do nível de inteligência emocional dos futuros líderes da área de gestão em saúde em uma fase inicial da formação profissional.

Um líder no campo da gestão de cuidados de saúde com um alto nível de inteligência emocional é capaz de gerenciar de forma mais eficaz uma organização médica por meio do uso de mecanismos motivacionais eficazes que visam formar a congruência das tarefas pessoais da equipe e da própria organização médica. Ele também deve ser capaz de responder aos desafios globais da indústria, incluindo as necessidades mais urgentes das pessoas, ditadas por suas posições sociais e demográficas, bem como orientações de valor (RESHETNIKOV et al., 2020).

8. Alocação de Recursos (materiais e financeiros)

Existe uma relação direta entre alocação de recursos materiais e financeiros com a qualidade do serviço prestado, uma vez que a administração desses recursos tem como finalidade o reabastecimento racional à manutenção do fluxo operacional (capaz de atender a demanda do mesmo), garantindo a qualidade e a quantidade para manutenção do padrão de atendimento. Consiste nas maneiras pelas quais o indivíduo cuida e preserva o patrimônio institucional, prevendo e provendo recursos

materiais e financeiros que dinamizem as atividades com foco na qualidade da assistência de qualidade à saúde.

A implementação de políticas e procedimentos das unidades administrativas, a implementação de estratégias de melhoria contínua da qualidade e a capacidade de gestão dos recursos necessários à implementação operacional dos processos são basicamente as principais competências da liderança.

No planejamento financeiro abrangente, a situação financeira atual da organização será examinada e as metas financeiras serão consideradas no futuro próximo e distante. Finalmente, com base nesses objetivos, os métodos adequados para atingir esses objetivos e sua disponibilidade serão examinados (FATTAHI et al., 2020).

Neste contexto a organização deve ter a capacidade de explicar os mecanismos e procedimentos de financiamento, descrever métodos de análise financeira na tomada de decisões, desenvolver e defender os orçamentos do sistema e gerenciar os programas dentro das projeções orçamentárias. Devem ter ainda a capacidade de garantir que os programas sejam administrados dentro do orçamento previsto e justificar os programas para os orçamentos.

O gerenciamento estratégico de materiais e pessoal é necessário para o sucesso, especialmente em um ambiente onde os recursos podem ser limitados. Sem uma gestão sólida, a visão de liderança não pode ser alcançada. Essa competência inclui o conhecimento, as habilidades e as habilidades necessárias para alcançar resultados de qualidade com eficácia e eficiência, usando os recursos disponíveis. A gestão de saúde pode incluir a gestão operacional, bem como o planejamento estratégico de longo prazo, para alcançar a visão de liderança (ALBETKOVA et al., 2019).

Há uma consciência crescente da importância de fortalecer as cadeias de abastecimento de saúde pública em países de baixa / média renda; no entanto, há uma escassez de recursos humanos para fornecer liderança para impulsionar a melhoria contínua nesses sistemas complexos.

Uma cadeia de suprimentos que funcione bem é um componente crítico do sistema de saúde para garantir que medicamentos e produtos de saúde de alta qualidade estejam disponíveis quando e onde forem necessários. No entanto, como as cadeias de suprimentos são sistemas complexos, líderes fortes e competentes são necessários para conduzir os esforços de melhoria contínua (PHILLIPS-WHITE et al., 2019).

Uma liderança forte em alocação de recursos é necessária em todos os níveis do sistema da cadeia de abastecimento de saúde pública, pois esses sistemas são dinâmicos e devem responder a mudanças na demanda, como surtos e desastres naturais. As intervenções que visam desenvolver a capacidade de liderança devem criar espaço para liderança e inovação nos níveis terciários do sistema de saúde. A saúde da população depende da existência de líderes fortes com habilidades na cadeia de suprimentos para lidar com a complexidade e cultivar resiliência e capacidade de resposta.

9. Resolução de Problemas e Tomada de Decisões

A tomada de decisão é um processo cognitivo complexo, frequentemente definido como a escolha de uma determinada linha de ação. A tomada de decisão rápida, dinâmica e assertiva em todos os níveis hierárquicos.

Houve pouco progresso sistemático na compreensão da tomada de decisão em sistemas complexos e dinâmicos. Pesquisas recentes enfocam a complexidade dinâmica emergente das interações de ações e resultados ao longo do tempo, mesmo em tarefas dinâmicas simples. Novas direções de pesquisa podem ajudar a comunidade de fatores humanos a entender os efeitos da experiência, conhecimento e processos de adaptação nas tarefas de tomadas de decisões, mas os desafios da pesquisa ainda precisam ser enfrentados e as perspectivas recentes discutidas podem ajudar a desenvolver um programa sistemático de pesquisa. Também se amparam, em geral, em poucos dados confiáveis de realidade, normalmente retratando eventos pontuais sobre os quais se somam componentes bastante

subjetivos, decorrentes também de uma capacidade de leitura de cenários limitada (GONZALEZ et al., 2017).

Cada atividade de desempenho dentro das competências é especificada em três níveis de proficiência: em desenvolvimento, habilidoso e especialista. O nível de desenvolvimento pode ser utilizado para promover futuros líderes, enquanto os níveis qualificados e especialistas podem ser aplicados por profissionais mais experientes. A abordagem de três etapas para alcançar a proficiência de especialistas permite o desenvolvimento de programas apropriados para uma ampla gama de países, tendo como objetivo o progresso gradual. As competências também fornecem uma perspectiva global, reconhecendo que as situações e necessidades variam consideravelmente entre os países (RICHARD et al., 2019).

As competências podem ser aplicadas a vários setores da saúde estruturados e podem ser utilizadas no sistema, organização ou nível de instalação para máximo impacto. Com o rápido avanço da tecnologia, a necessidade de líderes que possam navegar em um ambiente em mudança e se manterem informados e atualizados é fundamental (ALBETKOVA et al., 2019).

10. Diversas Estratégias de Aprendizagem

Conhecer estratégias de aprendizagem, isto é, saber como as pessoas aprendem, é de suma importância para o líder, pois, através desse conhecimento ele será capaz de identificar melhor a(s) dificuldade (s) de uma determinada pessoa ou grupo, e fornecer a ele (s) meios de resolver o problema. O mais importante no que diz respeito à estratégia de aprendizagem é mostrar ao aprendiz, que ele pode traçar e cursar o seu próprio caminho de maneira mais independente.

Estratégias de aprendizagem correspondem a capacidades cognitivas, habilidades comportamentais e de autocontrole emocional utilizados pelo indivíduo para controlar os próprios processos psicológicos de aprendizagem.

A teoria da aprendizagem social postula que os indivíduos aprendem observando e interagindo com modelos de papéis desejáveis. Modelagem de papéis,

ensino e *coaching* são aspectos da liderança que facilitam a comunicação sobre a importância de uma iniciativa estratégica. Como os líderes organizacionais são tipicamente vistos como modelos, o comportamento de liderança de um gerente de topo pode influenciar as atitudes e comportamentos dos gerentes de nível médio. Os gerentes de nível médio, por sua vez, podem influenciar as atitudes e comportamentos dos funcionários de nível inferior, gerando valores congruentes entre os níveis organizacionais (GUERRERO et al., 2020).

O apoio gerencial e as atitudes em relação a uma inovação também afetam a equipe em cada fase do processo de implementação. Isso sugere que valores, atitudes e comportamentos específicos para a implementação também têm um efeito cascata (GUERRERO et al., 2020).

A mudança é um processo de aprendizagem que envolve múltiplos atores e elementos que se desenvolve com intensidades variáveis. A dimensão da aprendizagem avalia a apreensão do conteúdo desenvolvido e a consecução dos objetivos propostos para a ação, além de identificar o quanto as competências pretendidas foram de fato apropriadas (CHIAVENATO, 2010).

As ações de treinamento são consideradas operacionais e assenta seus fundamentos em uma lógica de produção de valor, inspirada nos pressupostos da administração científica, cujas bases são lançadas no final do século 19. As organizações de aprendizagem são aquelas em que as pessoas expandem continuamente sua capacidade de criar os resultados que verdadeiramente desejam; em que novos e expansivos padrões de pensar são inseridos; em que a aspiração coletiva é livremente ajustada; e em que as pessoas estão aprendendo, continuamente, a ver juntas o todo.

A aprendizagem organizacional é estimulada por mudanças ambientais externas e por fatores internos, sendo que estas duas dimensões interagem de forma complexa e interativa e é nesta interação que emerge e se sustenta o conhecimento (CRISPIM, 2013).

As organizações estão inseridas dentro de um ambiente interativo e as pessoas que atuam nesse ambiente contribuem para um intercâmbio constante. Os valores

das pessoas por sua vez conduzem à formação da cultura da organização. Essa é a raiz das decisões estratégicas de uma organização (BAHIA, 2015).

Belrhiti et al. (2020) consideram as organizações de saúde como sistemas adaptativos complexos. Em tais sistemas, as abordagens tradicionais de liderança tendem a falhar na medida em que não estimulam os membros da equipe a desenvolver respostas adequadas à incerteza. Teóricos de liderança argumentam que, em tais situações, os líderes devem capacitar ou capacitar os funcionários, em vez de direcioná-los por meio de práticas de comando e controle ou liderança transformacional. Com efeito, eles estimulam o compartilhamento de informações, fornecem apoio efetivo aos quadros de nível inferior e distribuem a liderança. Os líderes complexos sabem quando usar práticas de liderança transacionais, transformacionais ou distribuídas e adaptam suas práticas à natureza dos quadros e às suas tarefas. Uma abordagem de liderança complexa é, portanto, necessária quando os processos de trabalho são caracterizados por situações não planejadas ou problemas emergentes.

A influência da liderança no comportamento da equipe pode ocorrer por meio de atitudes, prioridades, modelos de papéis e alocação de recursos e recompensas do líder. Em particular, a promoção do crescimento profissional dos funcionários através da liderança é um componente ativo para ganhar a confiança dos funcionários e endossar a visão de um líder. Nos serviços de saúde, a liderança dos gerentes de topo cria adesão para a implementação por meio da promoção do crescimento profissional dos gerentes de nível médio. Ao comunicar sua visão, os gerentes de topo também influenciam a liderança de implementação dos gerentes de nível médio (GERRERO et al., 2020).

11. Análise, Produção e Relatos de Pesquisa

A Análise, Produção e Relatos de Pesquisa é a competência que o líder deve ter ou desenvolver, que está inserida dentro do universo da “ciência” no tocante ao conhecimento de sua metodologia de estudo e pesquisa e conseqüentemente como

fruto deste conhecimento. Preconiza-se o estímulo às Pesquisas e discussões dos resultados dos dados estatísticos institucionais dentro dos padrões de qualidade.

O planejamento do processo possui etapas distintas e interconectadas para produzir uma saída coerente em um sistema coordenado de decisões. Planejar não é pensar no futuro ou controlá-lo, ao invés de fazer essas coisas. Embora o planejamento não seja uma forma típica de tomada de decisão, ele permite a tomada de um conjunto de decisões coordenadas (FANELLI et al., 2020).

O surgimento de mais tecnologias é um fator potencial no crescimento dos recursos de informação. Se os dados gerados não podem ser analisados, produzir todos esses dados não têm valor algum. Portanto, as competências relacionadas à análise, interpretação e relatório são usadas para analisar os dados grandes ou pequenos, simples ou complexos, estruturados ou não estruturados, dados quantitativos ou qualitativos para fins específicos de compreensão, previsão e otimização. A combinação dessas competências cria um produto que é utilizado como insumo para o processo de tomada de decisão. Em outras palavras, o processo de análise cria um grande ou pequeno produto de dados fornecendo entrada para outro processo (FATTAHI et al., 2020).

As competências sob o título de gestão geral e liderança cobrem o processo de planejamento, organização, liderança e controle dos esforços coletivos dos funcionários da organização e o uso otimizado dos recursos para atingir os objetivos organizacionais. Assim, o conjunto de competências nesta área ajuda a coordenar os esforços coletivos da sede de saúde para prover, manter e promover a saúde da comunidade abrangida pela utilização eficaz e eficiente dos recursos disponíveis (FATTAHI et al., 2020).

As organizações de saúde são consideradas sistemas complexos e adaptáveis, caracterizados por vários designs organizacionais, múltiplas interconexões verticais e horizontais e um alto nível de controle formal juntamente com um alto grau de autonomia profissional e individual. Na verdade, as instituições de saúde são fortemente dependentes de seus médicos para fornecer cuidados de alta qualidade,

melhorar a saúde das populações e aumentar a sustentabilidade dos cuidados de saúde.

Como resultado, as organizações de saúde devem apresentar uma "hierarquia reversa" (ou pirâmide invertida), em que os profissionais atuam na prestação de cuidados de qualidade e adequados, enquanto a alta administração não só facilita a mudança, mas também orienta suas ações, comunicando estratégias organizacionais e visão (VAINIERI et al., 2019).

Na verdade, as competências da alta administração incluem as capacidades únicas dos líderes estratégicos da organização para articular a visão estratégica, comunicá-la por toda a organização e capacitar os membros da organização para realizá-la. O desempenho geral é o resultado do trabalho interdependente de funcionários altamente especializados que se envolvem diretamente com os pacientes (ou clientes em geral) e criam valor em toda a organização. De fato, os autores destacaram uma forte ligação positiva entre o desempenho clínico e financeiro de uma organização e o grau de envolvimento dos médicos com a organização. Nesse contexto, o compartilhamento de informações sobre os objetivos organizacionais e os resultados alcançados é um mecanismo fundamental para promover o funcionamento desse modelo de "hierarquia reversa" (VAINIERI et al., 2019).

A liderança está associada a vários aspectos do desempenho organizacional em saúde, incluindo qualidade e segurança, bem como resultados clínicos para os pacientes. Programas de desenvolvimento de liderança proliferaram nos últimos anos; no entanto, poucos integraram as evidências atuais sobre a natureza da liderança em sistemas complexos, o que requer novas competências, como criatividade na solução estratégica de problemas e gerenciamento da dinâmica organizacional (BOHMER, 2013).

Apesar de aumentar a compreensão da importância das equipes de liderança interdisciplinares, a maioria dos programas de desenvolvimento de liderança para executivos de saúde concentra-se em habilidades de liderança individual (vs capacidade de sistemas), inclui disciplinas ou profissões individuais, concentra-se

em habilidades técnicas e são projetados para desde cedo com funções de liderança limitadas (FRICH et al., 2015). Além disso, o desenvolvimento da liderança com foco no problema e o uso de equipes diversas estão associados a um aprendizado mais eficaz e melhores resultados, como indicadores de qualidade para o gerenciamento de doenças. No entanto, poucos programas de liderança integram projetos de liderança baseados em campo como um componente curricular central (CURRY et al., 2020).

12. Trabalho em Pequenos Grupos

A importância da liderança não se justifica apenas por seu papel hierárquico, mas também porque conecta o nível político da instituição descentralizada e o núcleo operacional das organizações. Na verdade, as estratégias que partem de agendas políticas desenvolvidas em nível regional são então traduzidas e operacionalizadas em metas e atividades organizacionais pela alta administração. Vários fatores que podem influenciar positivamente a eficácia das ações da alta administração na definição e implementação da estratégia estão relacionados com histórico e experiência, a cultura organizacional prevalecente e competências gerenciais (ou seja corpo de conhecimento).

Essas competências gerenciais, juntamente com outras (por exemplo, comunicação, liderança, conhecimento do ambiente de saúde e profissionalismo), potencialmente criam uma vantagem competitiva sustentada sobre aqueles que não possuem tais capacidades, porque focam e canalizam as competências organizacionais (recursos) para uma realização eficaz. Portanto, espera-se que o desempenho seja influenciado por como a alta administração é capaz de envolver os funcionários em tarefas e atividades para melhorar o desempenho individual no trabalho, o que está estreitamente ligado a melhores resultados organizacionais (VAINIERI et al., 2019).

Neste contexto o trabalho em pequenos grupos é fundamental para compartilhar com todos o crédito pelas realizações, valorizando o trabalho em

equipe. Compartilhar o crédito é autêntico porque os outros membros da equipe normalmente contribuíram para o sucesso do projeto.

Um grupo pode ser caracterizado por um contingente de pessoas trabalhando em um mesmo local. Transformar essas pessoas em uma equipe, entretanto, exige a ativação dos relacionamentos interpessoais em atitudes cooperativas e proativas. A noção de grupo é influenciada pelos referenciais clássicos de organização do trabalho, ao passo que o senso de equipe tem maior influência dos valores humanistas, comportamentais e alinhados com aspectos do pensamento sistêmico e complexo (BERGUE, 2019).

Os grupos de trabalho tendem a se formar e reproduzir em ambientes mais hierarquizados. Nessas configurações de relações de trabalho – grupos –, se enfatiza o senso de autoridade que se assenta na posição de destaque da liderança.

Na configuração de grupos de trabalho, a liderança tende a ser vista. Não é incomum também identificar situações mais extremas de lideranças pouco acessíveis, posição essa assumida, devido à insegurança, senso de preservação, aversão ao conflito, temor em relação à exposição, percepção de risco de perda de qualquer natureza e pouca habilidade de comunicação (BERGUE, 2019).

A influência entre os níveis da organização é geralmente impulsionada pelo intercâmbio social entre indivíduos com diferentes funções, *status*, competências e responsabilidades. A liderança de implementação, que é melhor avaliada no nível de gerentes que têm supervisão direta e interação com implementadores, medeia o relacionamento entre a liderança dos gerentes de topo e resultados de implementação. A influência em cascata da liderança multinível, da alta gerência à média gerência e da média gerência às atitudes e comportamentos dos funcionários, pode ser explicada pela teoria do aprendizado social (GUERRERO et al., 2020).

13. Planejamento e Implementação de Projetos

O planejamento é importante porque contribui fortemente para o sucesso e dá algum controle sobre o futuro. O valor do planejamento e da implementação de

projetos está no próprio processo. Ao planejar e ao implementar, deixa-se de lado tarefas diárias e prazos, de modo a ampliar o foco mental e ver o quadro mais amplo. Mais especificamente, o planejamento na maioria das vezes leva a melhorias na produtividade, na qualidade e nos resultados financeiros.

A gestão do desempenho na organização permite atingir os objetivos de forma eficaz e permanente e melhorar o desempenho dos colaboradores e de toda a organização, bem como aumentar a produtividade e eficiência da organização. Desenvolve sistemas de gestão de desempenho, por exemplo, usando habilidades de informática para determinar os requisitos mínimos de tecnologia e orientar o projeto do sistema, identificando e incorporando padrões e medidas de desempenho, treinando a equipe para usar o sistema (FATTAHI et al., 2020).

A implementação de um projeto é um processo complexo e requer a conclusão de uma série de tarefas que incluem: (1) avaliar o status atual e verificar as necessidades; (2) ativação do plano operacional; (3) estabelecer e operar uma estrutura administrativa; (4) identificar, adquirir e organizar recursos (incluindo recursos humanos); (5) atribuição de funções e responsabilidades; (6) educação e treinamento de pessoal (incluindo específicos para a missão); (7) instruir a equipe; (8) recursos para o transporte; (9) garantir a autossuficiência do projeto; (10) providenciar as necessidades pessoais; (11) garantia da segurança do pessoal e do equipamento e suprimentos; (12) seguro de pessoal; (13) coordenação com outros projetos/atores; (14) coordenação com outros sistemas (função do centro de coordenação e controle); (15) comunicar-se com os líderes; (16) iniciar o uso de relatórios de progresso padronizados; (17) distribuição de pessoal, equipamento e suprimentos; (18) iniciar a(s) intervenção (ões); (19) execução da (s) intervenção (ões); (20) relatar o início das intervenções; (21) conclusão do projeto; e (22) preenchimento e envio de um relatório formal. Essa desconstrução é essencial para estudar o processo e identificar pontos críticos de sucesso e fracasso (BENEDETTO et al., 2014).

O sucesso do projeto pode ser impactado por outras variáveis que não os aspectos de liderança da equipe, sendo que um artigo poderia enfocá-las de forma

a permitir uma avaliação mais abrangente da eficácia da liderança, gerando o máximo que poderia ser obtido nas circunstâncias.

A análise das competências e das habilidades dentro de organizações relacionada com o nível de maturidade em gerenciamento de projetos também poderia ser feita, observando-se se a baixa presença de algumas habilidades, como desenvolvimento dos outros, também existiria em organizações mais maduras.

14. Interpretação de Leis, Regulamentos e Política

A comunicação pode ser descrita como um fenômeno multifacetado que torna visível a identidade de uma pessoa e mostra como a outra pessoa é percebida no indivíduo e no nível social. Também possibilita a participação do indivíduo na sociedade, onde os indivíduos possuem alfabetização jurídica e em saúde incluindo certa capacidade de compreender, avaliar, acessar e comunicar informações selecionadas sobre os cuidados obtidos, enfrentando a injustiça social, seja para si ou suas famílias a fim de alcançar saúde e bem-estar (VISSANDJÉE et al., 2017).

Aumentar a compreensão de leis, rotinas e protocolos em saúde permite que os cidadãos tenham um melhor acesso a cuidados de saúde adequados, o que, por sua vez, promove a justiça social ao aumentar o envolvimento social, a inclusão e a cidadania plena das pessoas. No entanto, a comunicação em um contexto institucional difere e pode ser assimétrica quando os pacientes e a equipe de saúde não têm os mesmos objetivos, conhecimentos ou recursos, especialmente porque os profissionais de saúde têm sua própria agenda de avaliação de informações para basear as decisões e o planejamento do cuidado (LUNDIN et al., 2018).

As rotinas organizacionais são estruturas progressivas usadas para realizar o trabalho organizacional que visa fornecer cuidados de alta qualidade com resultados equitativos para diferentes grupos étnicos na sociedade. Estes podem ser definidos como um padrão repetitivo e reconhecível de ações interdependentes, envolvendo cinco atores dinamicamente e igualmente operando uns com os outros: (1) o indivíduo, que inclui a identidade, valores, objetivos e competência da pessoa; (2) a interação interpessoal, incluindo habilidades sociais, personalidade, poder e

influência; (3) o contexto organizacional compreendendo estruturas tecnológicas, culturais e de coordenação; (4) o contexto institucional com pilares reguladores, normativos e cultural-cognitivos; e (5) o contexto ambiental com clima econômico / político, restrições legislativas, mudanças demográficas e desenvolvimento de tecnologia, participação e seguimento de normas, rotinas e protocolos.

Capítulo IV

MATERIAL E MÉTODO

Problema

Segundo Vergara (1998), Problema é uma questão não resolvida, é algo para o qual se vai buscar resposta, via pesquisa. Uma questão não resolvida pode estar referida a alguma lacuna epistemológica ou metodológica percebida, a alguma dúvida quanto à sustentação de uma afirmação geralmente aceita, a alguma necessidade de pôr à prova uma suposição, a interesses práticos, à vontade de compreender e explicar uma situação do cotidiano, ou outras situações. Definição do Problema: **Competências de Liderança são ferramentas para a promoção da qualidade na assistência à saúde?**

Objetivo Geral

Analisar as 14 Competências de Liderança como ferramentas para a promoção da qualidade na assistência à saúde.

Objetivos Específicos

- **Avaliar as 14 Competências de Liderança dos profissionais de saúde na unidade de saúde.
- **Caracterizar as 14 Competências de Liderança.
- **Identificar as 14 Competências de Liderança entre os profissionais de saúde.
- **Criar um e-book como produto institucional para checar as competências de liderança dos profissionais de saúde envolvidos.

Pressuposto

Existe uma relação significativa entre as 14 Competências de Liderança e qualidade na assistência à saúde.

Variáveis

Dependentes: As Competências de Liderança.

Independentes: Tempo de profissão; Tempo na instituição.

Tipo de pesquisa

Conforme Vergara (1998), a investigação explicativa tem como principal objetivo tornar algo inteligível, justificar-lhes os motivos. Visa, portanto, esclarecer quais fatores contribuem, de alguma forma, para a ocorrência de determinado fenômeno. Estudo de caso é o circunscrito a uma ou poucas unidades, entendidas essas como pessoa, uma família, um produto, uma empresa, um órgão público, uma comunidade ou mesmo um país. Tem caráter de profundidade e detalhamento. Pode ou não ser realizado no campo. Esse estudo baseia-se na investigação explicativa e estudo transversal, exploratório, descritivo.

Período do estudo

O estudo foi desenvolvido durante vinte dias, incluindo os turnos manhã, tarde e noite, no primeiro semestre de 2004.

Amostra

Amostra Representativa com trinta e sete (n=37) Enfermeiros Graduados, Especialistas, que ocupam diferentes cargos, admitidos diretamente no Centro de Terapia Intensiva, atuantes nos turnos da manhã, tarde e noite e que consentiram em participar do estudo após a orientação do pesquisador e assinatura do

Consentimento Livre Esclarecido. Essa amostra corresponde a 53,0% de todos os enfermeiros atuantes no CTI do hospital em estudo, correspondendo ao estudo no local de trabalho que oferece dados suficientes ao tema em estudo, em função da experiência de cada enfermeiro no Modelo de Decisão Compartilhada.

Local de estudo

O estudo foi realizado em um Centro de Terapia Intensiva, de um Hospital privado, de grande porte, localizado no distrito do Morumbi, zona sul do município de São Paulo. Foi fundado pela comunidade judaica da cidade de São Paulo em 4 de junho de 1955. É uma das unidades de saúde mais conhecidas do Brasil pela excelência na qualidade de atendimento médico e das equipes interdisciplinares de saúde. Reconhecido como o hospital privado mais moderno da América Latina. Em 1999 tornou-se a primeira instituição de saúde fora dos Estados Unidos a ser reconhecida pela *Joint Commission International* - certificadora de serviços de saúde mais importante do mundo. É considerado uma das melhores instituições médicas latino-americanas e configura-se como um complexo de saúde cujo foco de atuação está nas áreas da medicina de alta complexidade. O Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTIA) do Hospital compreende o conjunto das unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTIA), Semi-Intensiva Geral, Semi-Intensiva Cardiológica e Semi-Intensiva Neurológica. A Unidade de Terapia Intensiva do Adulto (UTI-A) localizada no 3º e 5º andar do bloco A e atualmente composta por 40 leitos, se destina ao cuidado intensivo dos pacientes mais graves, com necessidade de grande vigilância clínica ou suporte aos órgãos que estejam com funcionamento prejudicado, como por exemplo ventilação mecânica, necessidade de drogas para manter pressão arterial, etc. Uma equipe multiprofissional emprega vários equipamentos e medicamentos sofisticados com o intuito de corrigir ou remediar situações que ameaçam a vida. Ao mesmo tempo, um sistema completo de vigilância acompanha de modo ininterrupto diversos parâmetros biológicos importantes para orientar o tratamento e detectar imediatamente complicações indesejadas. A Unidade Semi-Intensiva do Adulto (Semi-A) comporta pacientes com casos de gravidade intermediária ou em fase de recuperação de situações críticas. Dispõe de monitores

para monitorização e um número de profissionais de enfermagem que garante a vigilância contínua. Localiza-se no 3º e no 7º andar do bloco A e é composta por 51 leitos. A Unidade Cardiológica Semi-Intensiva do Adulto (UCO-A) é uma área especializada para doentes portadores de doenças cardíacas e que necessitam de um suporte compatível com uma unidade semi-intensiva especializada.

Instrumento de pesquisa

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário (Apêndice 1) para o preenchimento de informações obtidas da população estudada e itens de resposta a questionário fechado estruturado por entrevista por pauta, composto de quatro perguntas de caráter objetivo, duas dessas baseadas na escala de Likert. Segundo Martins & Lintz (2000), a escala de Likert consiste num método desenvolvido por Reusis Likert no início dos anos trinta do século XX, como um conjunto de itens apresentados em forma de afirmações, ou juízos, ante os quais se pede aos sujeitos que externem suas reações, escolhendo um do cinco, ou sete pontos de uma escala. A cada ponto associa-se um valor numérico. As afirmações qualificam o objeto de atitude que está sendo medido e devem expressar somente uma relação lógica entre um sujeito e um complemento. Nessa pesquisa não foi dado peso às pontuações.

Análise e tratamento dos dados

Refere-se àquela seção na qual se explica para o leitor como se pretende tratar os dados a coletar, justificando por que tal tratamento é adequado aos propósitos do projeto. Os dados podem ser tratados de forma quantitativa, isto é, utilizando-se procedimentos estatísticos, como o teste de hipóteses. Os dados, também, podem ser tratados de forma qualitativa como, por exemplo, codificando-os, apresentando-os de forma mais estruturada e analisando-as. A forma de tratar os dados foi análise interpretativa dos dados quantitativos.

Limitação do método

Este é um estudo com método dialético, que, como o método fenomenológico, igualmente opõe-se à corrente positiva e sua linearidade, e vê as coisas em constante fluxo e transformação (VERGARA, 1998). Seu foco é, portanto, o processo. Dentro dele, o entendimento é de que a sociedade constrói o homem e, ao mesmo tempo, é por ele construída. Conceitos como totalidade, contradição, mediação, superações etc são próprios.

Como enfatiza Gadotti (1996), a dialética “constantemente exige o reexame da teoria e a crítica na prática” (p.29). Teoria e prática tratam predominantemente do ato de conhecer, da natureza, fonte e possibilidade do conhecimento. Entende-se a dialética em dois sentidos: um, como método de investigação intelectual; outro, uma realidade dinâmica entre os seres humanos, culturas e sociedades. A realidade “evolui a partir de contradições entre forças antagônicas e não-antagônicas. É sempre uma dialética de opostos que constitui a dinâmica de transformação da realidade. Paulo Freire fala da dialética de ser “pacientemente paciente” (Apud Gadotti, 1994, p.47).

A dialética considera os fenômenos como uma unidade dos contrários. Por ela, teorias transformam práticas, e práticas desafiam teorias, e até produzem outras teorias e práticas, as quais, por sua vez, são desafiadas por novas teorias e práticas. A construção da teoria e a reflexão crítica informam nossa prática e nossa ação, e nossa prática e ação informam nossa construção teórica e reflexão crítica” (WINK, 1997, p.48).

Metodologia de Pesquisa:

O procedimento metodológico utilizado na Pesquisa foi a Metanálise, elevando a objetividade das revisões de literatura, com síntese de pesquisa, revisão de pesquisa ou revisão sistemática. Foi especialmente desenvolvida para integrar os resultados sobre uma mesma questão de pesquisa, em uma revisão sistemática da literatura.

Procedimento para a coleta de dados

Os dados foram coletados após a aprovação da Comissão de Ética da Instituição. O pesquisador realizou visita diária no Centro de Terapia Intensiva e abordou os Enfermeiros durante seus respectivos plantões (manhã, tarde e noite). A seguir, o pesquisador com Projeto de Pesquisa em mãos esclareceu todos os aspectos do documento Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) solicitando a assinatura, caso concordassem em participar do estudo. O estudo não acarretou ônus ao Enfermeiro. Por conseguinte, o pesquisador preencheu o formulário (Apêndice 1) conforme entrevista seguindo o questionário não disfarçado.

Análise dos riscos e benefícios:

A Pesquisa não gerou riscos à saúde populacional, garantiu a confidencialidade das entrevistas realizadas, seguiu os princípios éticos e teve como foco promover uma assistência de qualidade à saúde a partir dos serviços de saúde com a organização de um produto final – “E-BOOK das Competências de Liderança”. Como medida principal para minimização dos riscos, propõe-se a constante e ampla discussão dos temas Competências de Liderança e o acompanhamento de sua práxis pela Educação Permanente.

Capítulo V

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram compilados em banco de dados (Microsoft Excel), e apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

As variáveis categóricas foram apresentadas de forma descritiva em tabelas contendo frequências absolutas e relativas e gráficos de barra de frequência relativa. Variáveis contínuas foram descritas utilizando medidas de tendência central e variabilidade. As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade, pelo teste de Ryan-Joiner. A análise estatística dos dados foi efetuada através do Minitab (versão 14; Minitab Inc, State College, PA, USA, 2003).

Para a análise dos resultados foram consideradas “14 Competências de Liderança” in loco, como referência, através de comparação com as respostas obtidas no questionário fechado por entrevista aos enfermeiros.

A filosofia de Enfermagem da Instituição, sustentada pelo referencial teórico da filosofia e a ciência de cuidar de Jane Watson (BORK, 2003), derivado de uma visão humanista, visa a promoção da saúde e não somente a cura de doenças.

Para o alcance dessas preposições é apresentado o modelo de prestação do cuidado de Enfermagem adotado, que é a Prática Compartilhada descrita por Marie Manthay (BORK, 2003). O sistema de Enfermagem do Hospital em estudo acredita na fundamentação científica como alicerce para clínica e desenvolvimento da profissão, e espera-se contribuir para o favorecimento da prática de enfermagem.

Uma teoria de enfermagem é um conjunto relativamente específico e concreto de conceitos e proposições que explicam ou caracterizam fenômenos de interesse para a ciência Enfermagem – pessoas, seu âmbito, sua saúde e a própria enfermagem.

Para Ferraz (1995), o cuidar é a essência da prática de enfermagem e envolve atos humanos no processo de assistir o indivíduo, grupo ou comunidade,

caracterizados por ações interligadas, dotados de sentimentos. O objetivo inerente do cuidado de enfermagem é o conforto, essencial na assistência de enfermagem e complementar ao componente terapêutico da assistência hospitalar.

Por isso, é imperativa a adoção de ferramentas que tenham como suporte o conhecimento científico e promovam o cuidado de enfermagem, alicerçado em uma filosofia institucional e em um modelo teórico.

Esta filosofia pressupõe o desenvolvimento de um cuidado interpessoal e individual, sustentado por uma Estrutura Gerencial de Decisão Compartilhada de Enfermagem, descentralizada, aberta e fundamentada em evidências científicas e no trabalho indisciplinar.

Alicerça suas atividades em paciente, destacando-o em primeiro lugar, e baseando suas decisões em julgamento clínico, sobre aquele que melhor atenda às necessidades dele, buscando sua participação ativa nas decisões sobre seu tratamento. Na prática de enfermagem compartilhada, o paciente é integrado à tomada de decisão e participa do planejamento e implementação do cuidado.

A Prática Compartilhada organiza a prestação do cuidado de enfermagem desenvolvida por enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, as ações são planejadas, realizadas ou delegadas de acordo com os níveis de conhecimentos e competência. Nesse modelo avalia-se a necessidade do cuidado, elabora-se um plano assistencial, implementa-se e considera-se a respeito do paciente às intervenções de enfermeiros.

A prestação do cuidado na Prática Compartilhada caracteriza-se pela aplicação de habilidades de vários profissionais, em um modelo onde o enfermeiro identifica, coordena e monitora a implementação de todos os cuidados necessários para atender às necessidades de cada paciente sob sua responsabilidade, dentro de determinado período de tempo.

Sem dúvida, a adoção de uma filosofia e de um modelo de cuidado passa, necessariamente, pela construção da identidade do enfermeiro em uma instituição. Não é uma tarefa fácil, pelo contrário, sua complexidade exige a participação e o envolvimento de todos os membros que compõem a equipe de enfermeiros. Exigem,

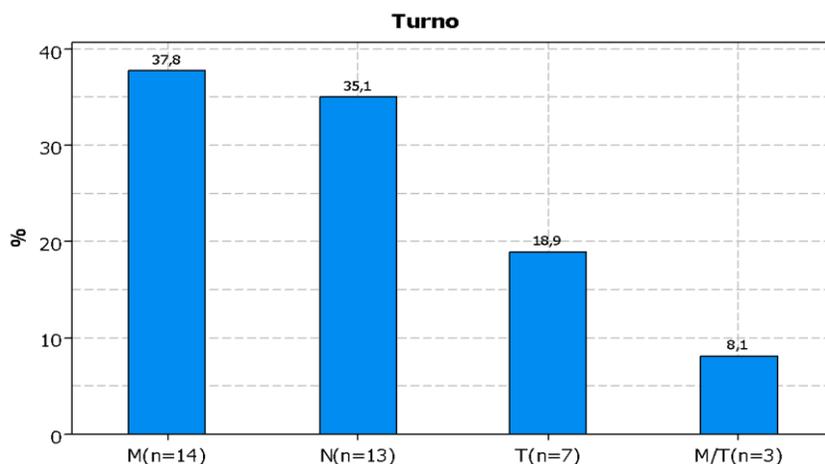
ainda, o questionamento e a reflexão desses profissionais suas aspirações, seus papéis e objetivos como corpo profissional.

Tabela 1: Relação de enfermeiros por turno de trabalho, tempo de profissão, tempo na Instituição, cargo, sexo e participação em grupo de suporte de enfermagem.

	Turno de Trabalho	Tempo de Profissão	Tempo na Instituição	Cargo	Sexo	Participação em grupo de suporte da Enfermagem
1	M/T	16 anos	16 anos	Gerente de Enfermagem	F	NÃO
2	M/T	09 anos	08 anos	Coordenadora de Enfermagem	F	SIM
3	M	13 anos	05 anos	Assistencial	F	SIM
4	M	13 anos	11 anos	Assistencial	F	SIM
5	M/T	19 anos	10 anos	Supervisora da Prática	F	SIM
6	T	21 anos	9 anos	Assistencial	F	SIM
7	N	12 anos	8 anos	Assistencial	F	NÃO
8	M	15 anos	8 anos	Assistencial	F	SIM
9	M	17 anos	7 anos	Assistencial	F	SIM
10	N	10 anos	7 anos	Assistencial	M	SIM
11	M	14 anos	6 anos	Assistencial	F	SIM
12	N	11 anos	5 anos	Assistencial	F	SIM
13	N	10 anos	5 anos	Assistencial	F	SIM
14	M	26 anos	15 anos	Assistencial	F	SIM
15	T	10 anos	4 anos	Assistencial	M	SIM
16	M	10 anos	4 anos	Assistencial	F	SIM
17	T	1 ano	4 anos	Assistencial	F	SIM
18	N	7 anos	3 anos	Assistencial	F	NÃO
19	M	18 anos	4 anos	Assistencial	F	SIM
20	N	7 anos	3 anos	Assistencial	F	SIM
21	T	7 anos	3 anos	Assistencial	F	SIM
22	M	4 anos	2 anos	Assistencial	F	SIM
23	T	8 anos	2 anos	Assistencial	F	SIM
24	N	4 anos	2 anos	Assistencial	F	SIM
25	M	4 anos	2 anos	Assistencial	F	SIM
26	N	16 anos	2 anos	Assistencial	M	NÃO
27	N	8 anos	2 anos	Assistencial	F	SIM
28	M	6 anos	2 anos	Assistencial	F	SIM
29	T	10 anos	1 ano	Assistencial	F	SIM
30	N	6 anos	1 ano	Assistencial	F	SIM
31	N	7 anos	1 ano	Assistencial	F	SIM
32	M	4 anos	7 meses	Assistencial	F	NÃO
33	M	3 anos	7 meses	Assistencial	F	SIM
34	T	1 ano	7 meses	Assistencial	F	NÃO
35	N	3 anos	6 meses	Assistencial	F	NÃO
36	N	8 anos	6 meses	Assistencial	F	NÃO
37	M	3 anos	6 meses	Assistencial	F	NÃO

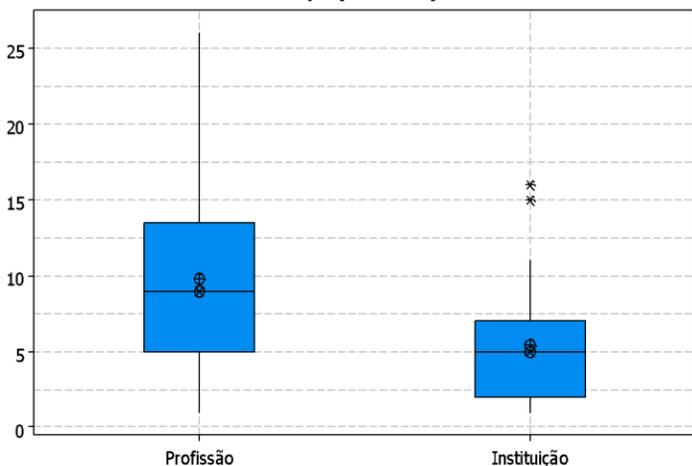
Enfermagem Assistencial; tempo institucional – variação de 06 (seis) meses à 16 (dezesseis) anos na Empresa: tempo de profissão – entre 03 (três) meses e 16 anos; sexo; participação em grupos de suporte de Enfermagem. Consideram-se importantes esses dados para inferir uma compreensão do impacto do Modelo de Decisão Compartilhada implantado há aproximadamente 04 (quatro) anos no Hospital in loco, implantação essa mobilizada por todo o Sistema de enfermagem vigente na época. A clareza de que toda mudança vem acompanhada de desafios e perspectivas permeia todo o planejamento da nova estrutura desde o início. Pesquisas relatam que a Administração Participativa é um modelo de organização que pode ser adaptado a serviços de enfermagem, já tendo sido implantado em hospitais americanos, canadenses e ingleses (BORK,2003). A implantação da nova Estrutura Gerencial também contempla desafios, desde a definição dos membros da organização dos Times Assistenciais em cada unidade de serviço até sua representação nos Conselhos.

GRÁFICOS DA TABELA 1:

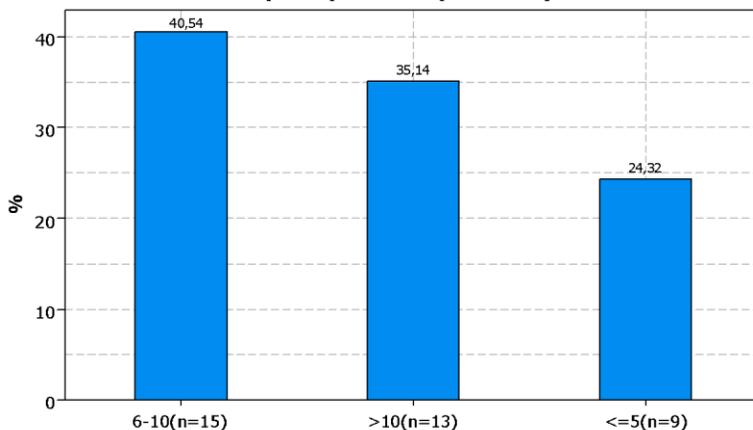


Na pesquisa 37,8% dos enfermeiros trabalham pela manhã; 35,1%, à noite; 18,9%, à tarde 8,1% trabalham como cobertura de folga nos turnos manhã e tarde, conforme necessidade da escala de serviço.

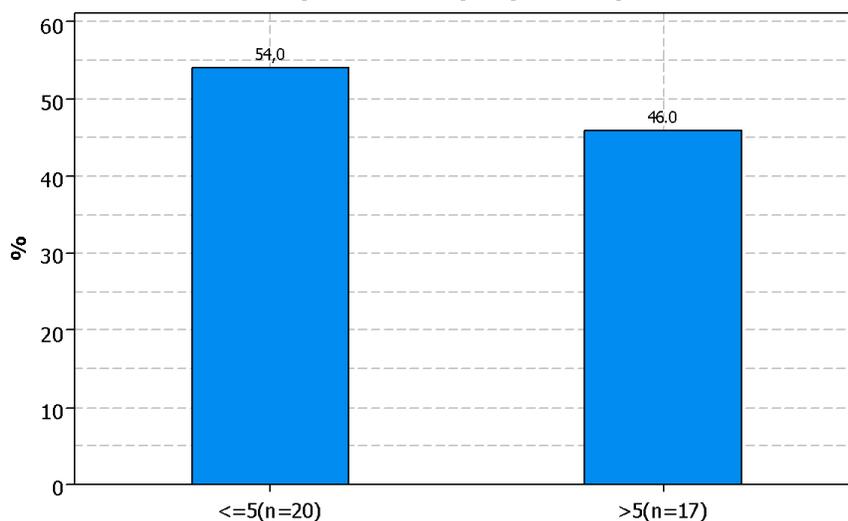
Tempo (em anos)



Tempo de profissão (em anos)

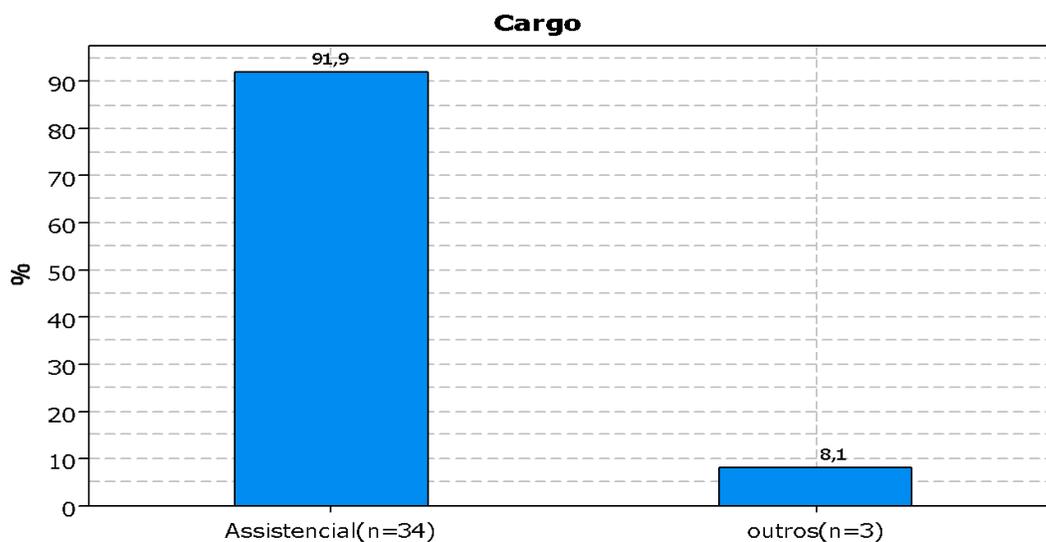
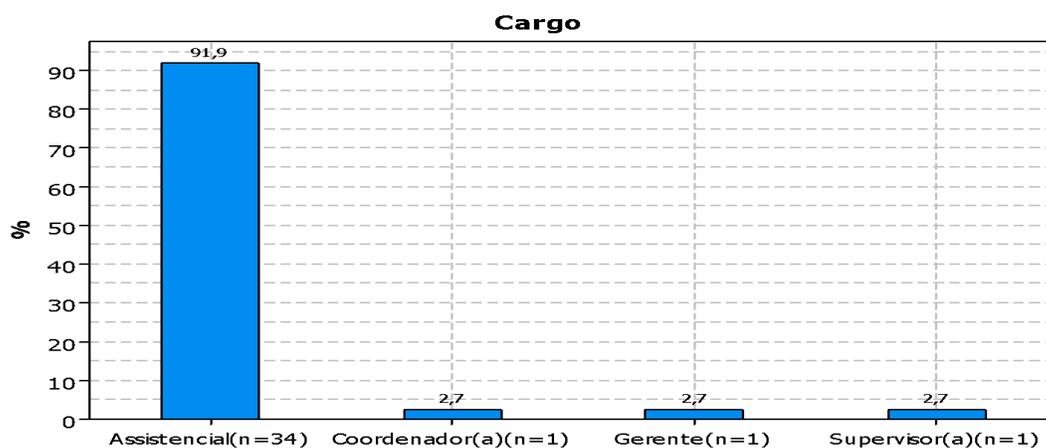


Tempo de instituição (em anos)

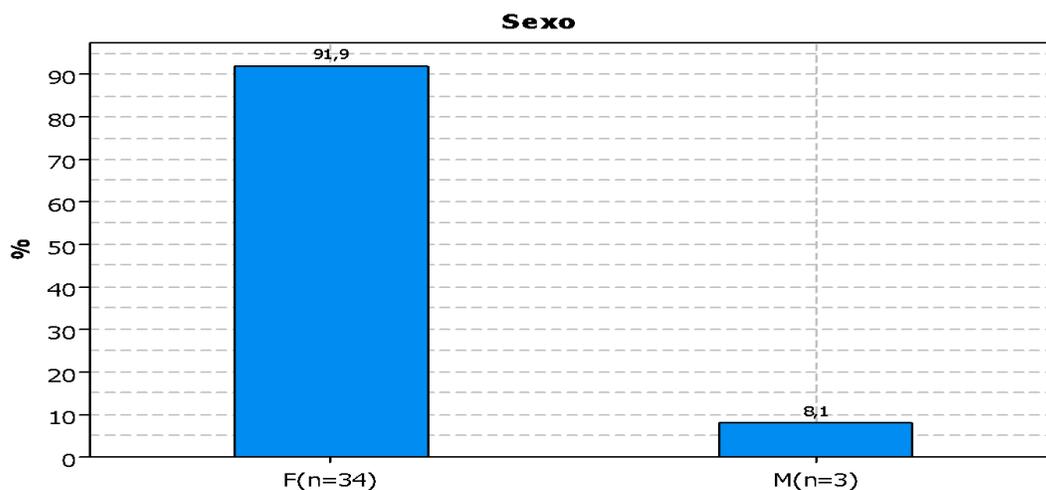


Nesses gráficos anteriores, dos enfermeiros entrevistados, nove enfermeiros têm até cinco anos de profissão; quinze, entre seis e dez anos de profissão; treze, acima dos dez anos de profissão. Significa dizer que 75,68% desses enfermeiros possuem larga experiência profissional em Enfermagem, já tendo experimentado alguma vivência com diferentes tipos de liderança. Em relação ao tempo na instituição em estudo, 54,0% dos enfermeiros possuem até cinco anos; 46,0%, acima dos cinco anos no hospital em questão. Partindo do princípio de que a Estrutura de Decisão Compartilhada tem pouco tempo de implantada – menos de cinco anos, infere-se que uma grande parcela dos entrevistados apresentam um conhecimento

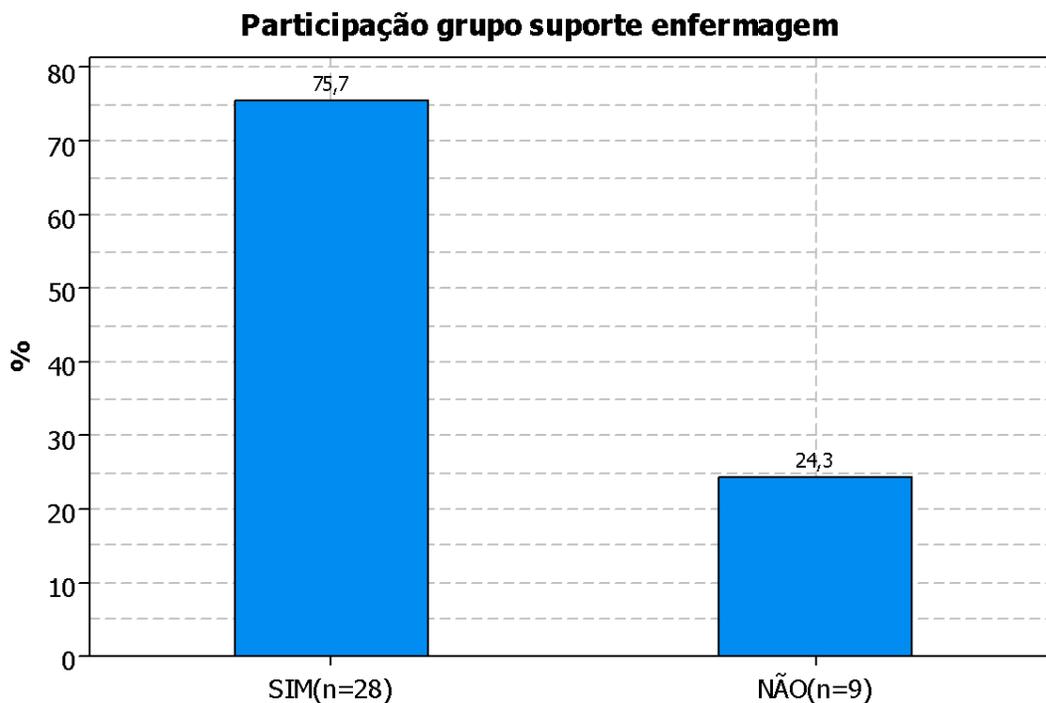
maior da nova estrutura, uma vez que participaram de sua implantação, e vêm, no decorrer do período, acompanhando seu desenvolvimento, analisando seus resultados e sensibilizando aqueles enfermeiros recém-admitidos.



A grande maioria dos enfermeiros entrevistados (91,9%) assumem a função assistencial, gerenciando seus pares imediatos de sua unidade de locação. Apenas 8,1% do total dos enfermeiros, na pesquisa, ocupam algum cargo de Gerência. Isso favorece um melhor parâmetro dos resultados da avaliação da Estrutura de Decisão compartilhada, uma vez que não infere caráter ideológico de “cargos de confiança”.



A grande prevalência na Pesquisa é de mulheres, atingindo 91,9% dos entrevistados. Isso também retrata a predominância da figura feminina na área de Enfermagem.



De todos os entrevistados, 75,7% participam ativamente de algum grupo de suporte de Enfermagem. Isso reforça o engajamento do enfermeiro ao Modelo de Decisão Compartilhada, já que a partir desses grupos, a atual Estrutura

organizacional aprimora a identificação e o exercício cotidiano de acertos e desvios, a fim de redesenhar processos, minimizar conflitos, envolver os profissionais na adoção de melhorias práticas de Enfermagem. Por exemplo, no hospital em estudo, há times e pequenos grupos assistenciais divididos por especialidades, cuja finalidade é pesquisar, aprimorar, aplicar propostas de melhoria da assistência à saúde através de estudos científicos. Com isso, seus resultados tornam-se referência na área hospitalar em nível nacional, com divulgação dos seus métodos e procedimentos por meio de cursos, simpósios, congressos...

Tabela 2: Número de Enfermeiros e relação das Competências de Liderança conforme grau de importância na Estrutura de Decisão Compartilhada de Enfermagem:

Competência de Liderança / Grau de Competência	1*	2*	3*	4*	5*	
1 Conhecimentos aplicados em teorias organizacionais	0	1	5	26	5	37
2 Conhecimentos aplicados em sistemas, valores e relacionamentos sociais	0	1	4	20	12	37
3 Conhecimentos aplicados em fundamentos éticos e responsabilidade social	0	0	1	23	13	37
4 Conhecimentos aplicados em globalização econômica e cultural	0	0	9	24	4	37
5 Habilidades em planejamento e implantação de atividades de relações públicas	0	0	8	21	8	37
6 Habilidades em desenvolvimento organizacional	1	0	3	20	13	37
7 Habilidades em análise, produção e relato de pesquisa	2	0	8	19	8	37
8 Habilidades em alocação de recursos (materiais e financeiros)	1	1	7	20	8	37
9 Habilidades em desenvolvimento do ser humano	0	0	2	15	20	37
10 Habilidades em diversas estratégias de aprendizagem	0	0	3	27	7	37
11 Habilidades em solução de problemas e tomada de decisões	1	1	0	15	20	37
12 Conhecimentos aplicados no trabalho em pequenos grupos	0	1	6	21	9	37
13 Conhecimentos aplicados em planejamento e implementação de projeto	0	0	2	25	10	37
14 Conhecimentos aplicados em interpretação de leis, regulamentos e políticas	0	0	10	21	6	37

Discorda Fortemente (DF)
 Discorda(D)
 Indiferente(I)
 Concorda(C)
 Concorda Fortemente(CF)

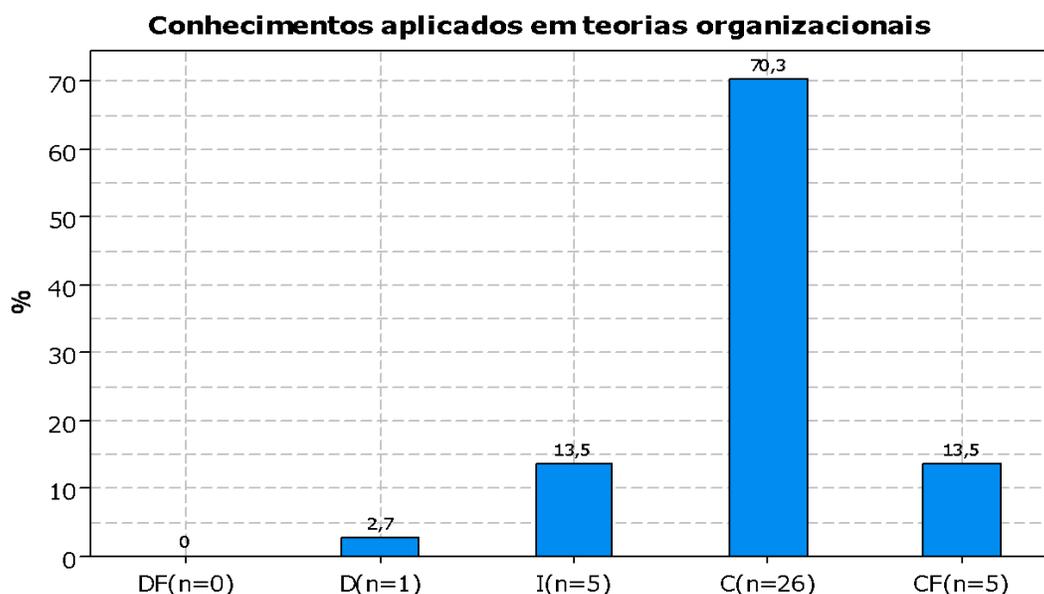
Tabela 2: Número de Enfermeiros e relação das Competências de Liderança conforme grau de importância na Estrutura de Decisão Compartilhada de Enfermagem:

	DF	D	I	C	CF	total	C&CF
Q1	0 0,0%	1 2,7%	5 13,5%	26 70,3%	5 13,5%	37 100,0%	31 83,8%
Q2	0 0,0%	1 2,7%	4 10,8%	20 54,1%	12 32,4%	37 100%	32 86,5%
Q3	0 0,0%	0 0,0%	1 2,7%	23 62,2%	13 35,1%	37 100,0%	36 97,3%
Q4	0 0,0%	0 0,0%	9 24,3%	24 64,9%	4 10,8%	37 100,0%	28 75,7%
Q5	0 0,0%	0 0,0%	8 21,6%	21 56,8%	8 21,6%	37 100,0%	29 78,4%
Q6	1 2,7%	0 0,0%	3 8,1%	20 54,1%	13 35,1%	37 100,0%	33 89,2%
Q7	2 5,4%	0 0,0%	8 21,6%	19 51,4%	8 21,6%	37 100%	27 73,0%
Q8	1 2,7%	1 2,7%	7 18,9%	20 54,1%	8 21,6%	37 100,0%	28 75,7%
Q9	0 0,0%	0 0,0%	2 5,4%	15 40,5%	20 54,1%	37 100,0%	35 94,6%
Q10	0 0,0%	0 0,0%	3 8,1%	27 73,0%	7 18,9%	37 100,0%	34 91,9%
Q11	1 2,7%	1 2,7%	0 0,0%	15 40,5%	20 54,1%	37 100,0%	35 94,6%
Q12	0 0,0%	1 2,7%	6 16,2%	21 56,8%	9 24,3%	37 100,0%	30 81,1%
Q13	0 0,0%	0 0,0%	2 5,4%	25 67,6%	10 27,0%	37 100,0%	35 94,6%
Q14	0 0,0%	0 0,0%	10 27,0%	21 56,8%	6 16,2%	37 100,0%	27 73,0%

Na Tabela 2, 2,7% à 5,4% dos entrevistados discordam fortemente em quatro competências: Habilidades em desenvolvimento organizacional, Habilidades em análise, produção e relato de pesquisa, Habilidades em alocação de recursos (materiais e financeiros), Habilidades em solução de problemas e tomada de decisões, como elementos importantes para o aprimoramento da liderança. Nota-se

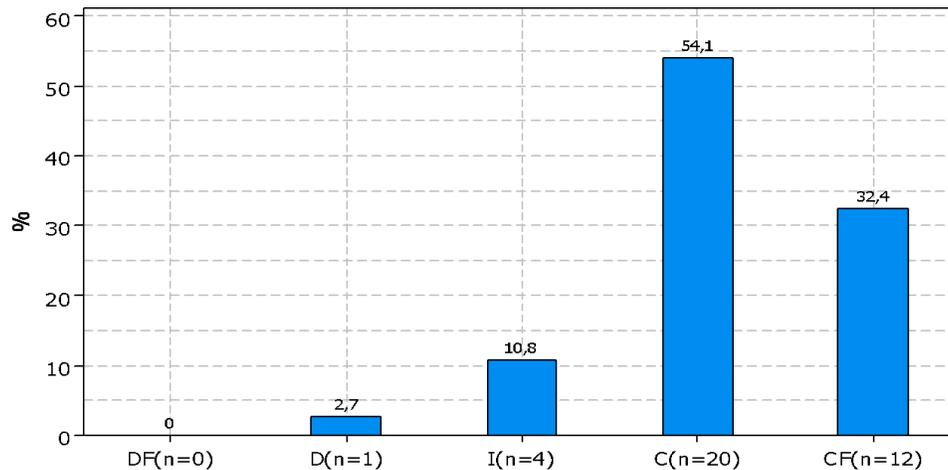
que a maior parte dos entrevistados (acima dos 73,0%) concordam e concordam fortemente com as “14 Competências de liderança” como importantes na nova proposta estrutural do hospital de grande porte. Vale salientar que a relação entre essa Estrutura Organizacional Formal e o novo Modelo Gerencial é norteadada pela redefinição de papéis e atividades: a decisão certa, pela pessoa certa, na hora certa, no lugar certo. O desafio é evitar a sobreposição e redundância de decisões e de atividades e fortalecer os atores da decisão com autonomia e autoridade (BORK, 2003).

GRÁFICOS DA TABELA 2:



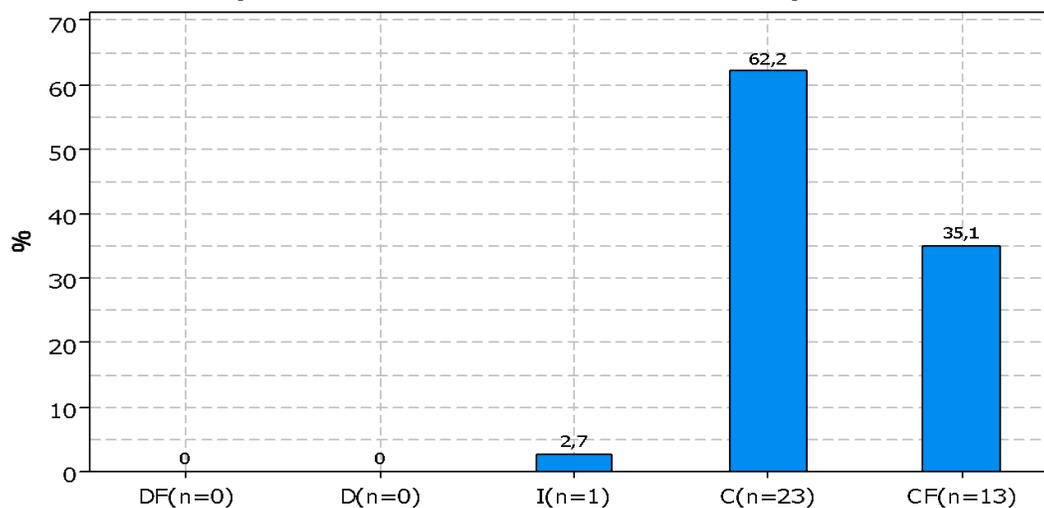
O gráfico acima descreve que 83,8 dos entrevistados concordam e concordam fortemente com a primeira competência de liderança (Conhecimentos aplicados em teorias organizacionais) como determinante na construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem. Nenhum dos enfermeiros discordou fortemente. É importante salientar a equidade das respostas entre indiferentes (13,5%) e concordam fortemente (13,5%) entre os enfermeiros, o que sugere uma certa dificuldade de compreensão dessa competência no modelo organizacional em estudo.

Conhecimentos aplicados em sistemas, valores e relacionamentos sociais

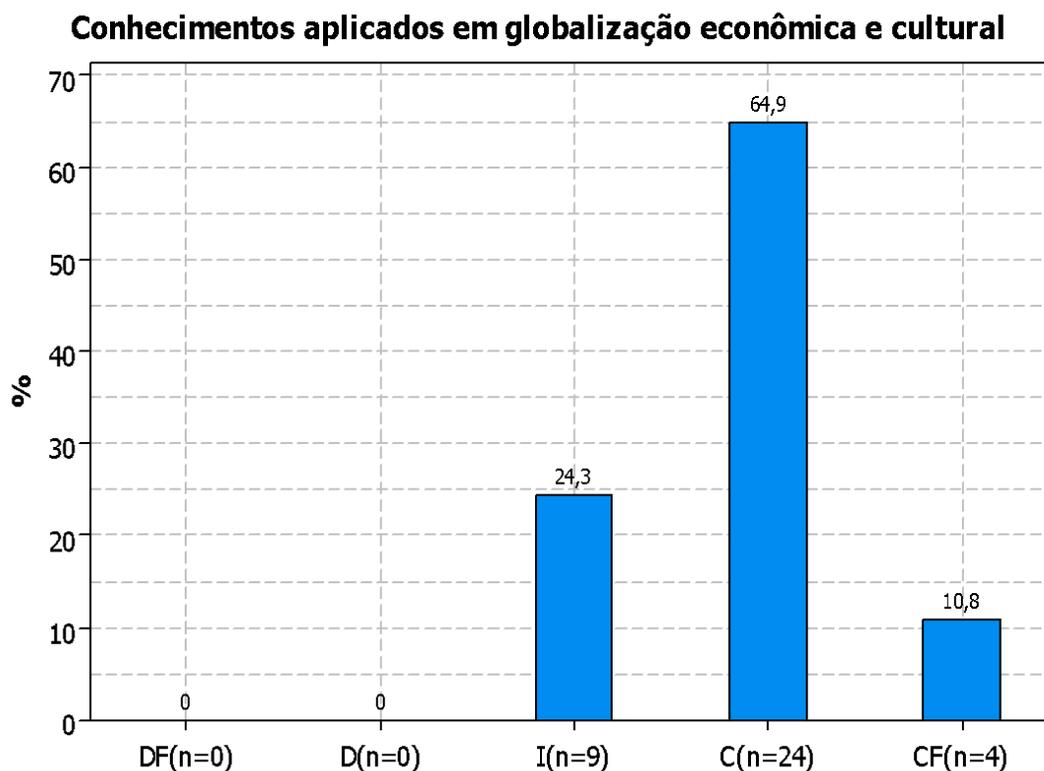


Na segunda competência de liderança (Conhecimentos aplicados em sistemas, valores e relacionamentos sociais), 86,5% dos enfermeiros concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que essa competência determina a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem. Nenhum dos enfermeiros discordou fortemente.

Conhecimentos aplicados em fundamentos éticos e responsabilidade social

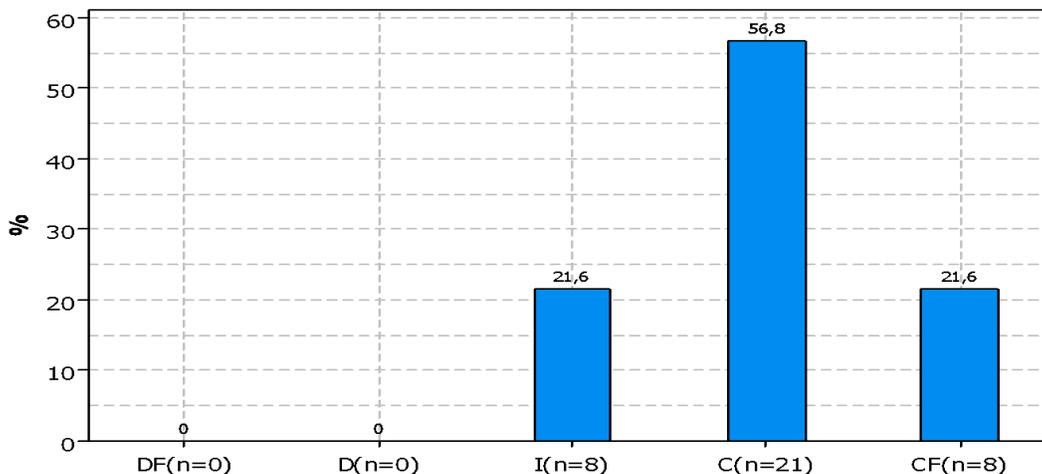


Nessa terceira competência de liderança (Conhecimentos aplicados em fundamentos éticos e responsabilidade social), nenhum dos entrevistados discordou da afirmativa de que tal competência contribui na construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem.



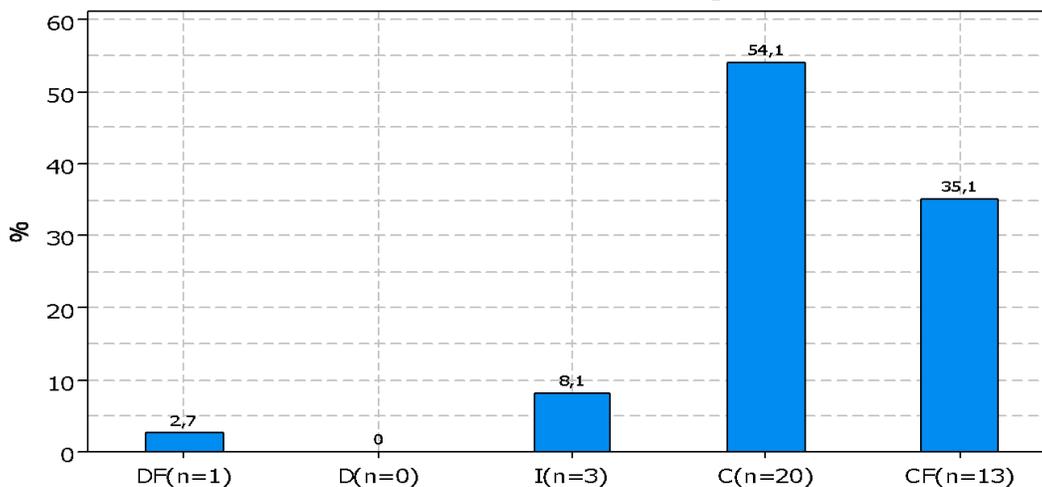
Dos entrevistados para essa competência de liderança (Conhecimentos aplicados em globalização econômica e cultural), 75,7% com a afirmativa de que essa competência determina a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem. Nenhum dos enfermeiros discordou. O percentual de resposta para indiferentes, conforme gráfico acima, foi alto em relação às outras competências de liderança, 24,3%. Parece, à primeira vista, que a visão do enfermeiro em hospital de grande porte é restrita em relação ao que ocorre ao seu redor. Daí o alto percentual.

Habilidades em planejamento e implantação de atividades de relações públicas

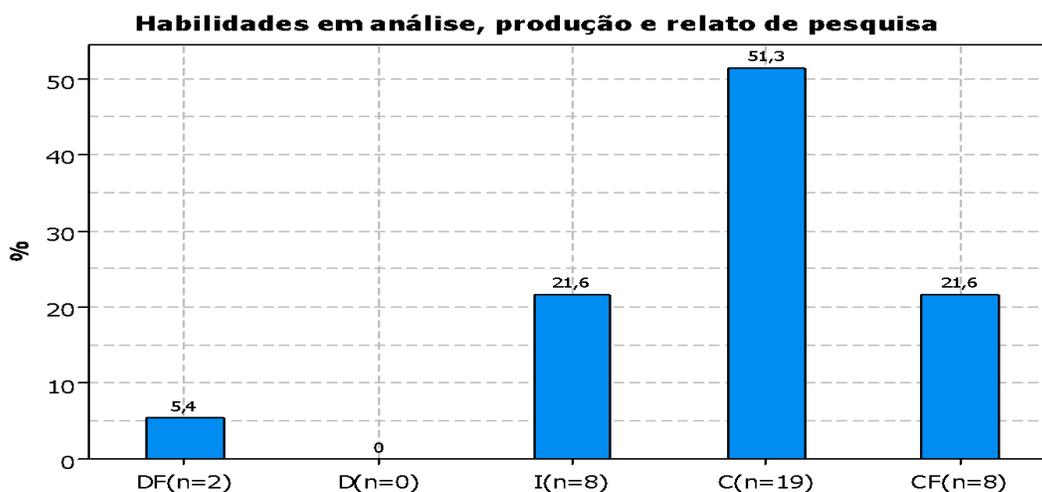


Essa quinta competência de liderança (Habilidades em planejamento e implantação de atividades de relações públicas) aponta, entre os entrevistados, 78,4% de concordância de que essa competência determina a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem. Nenhum dos enfermeiros discordou.

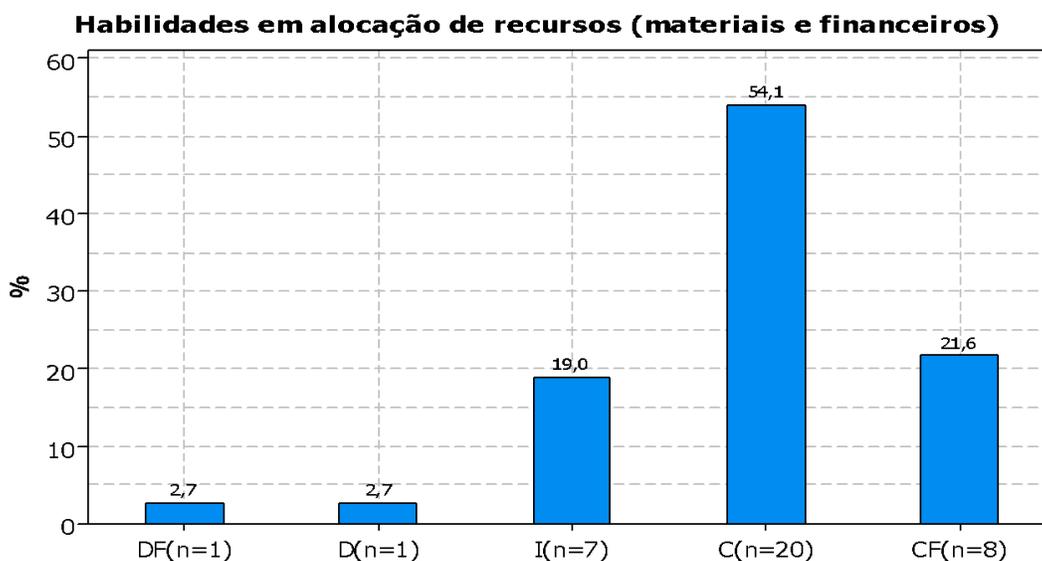
Habilidades em desenvolvimento organizacional



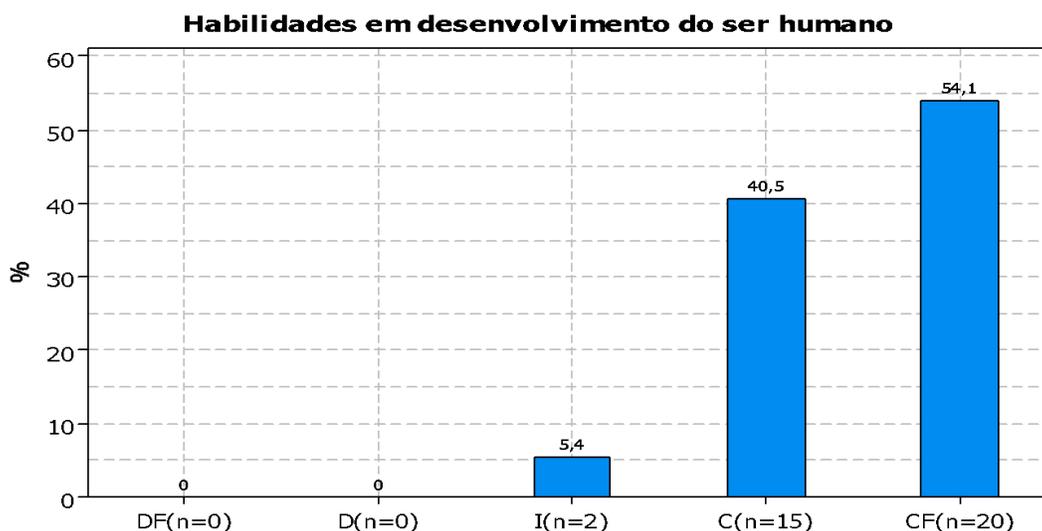
Na competência de Habilidades em desenvolvimento organizacional, conforme gráfico acima, 89,2% concordam e concordam fortemente de que essa competência determina a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem. De todos os enfermeiros da pesquisa, apenas 2,7% discordam fortemente com a assertiva.



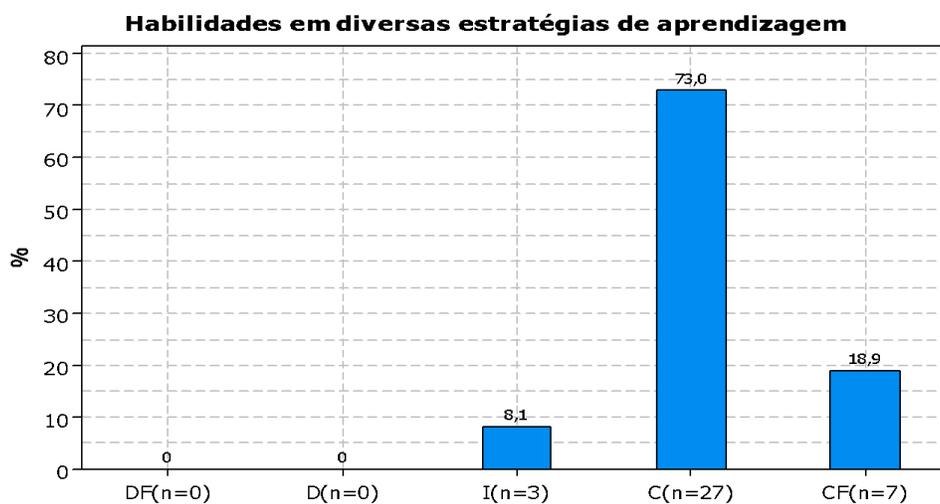
A sétima competência de liderança (Habilidades, produção de pesquisa) foi aceita por 82,9% dos enfermeiros como determinante na construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem. Dos entrevistados, 5,4% discordam fortemente acima.



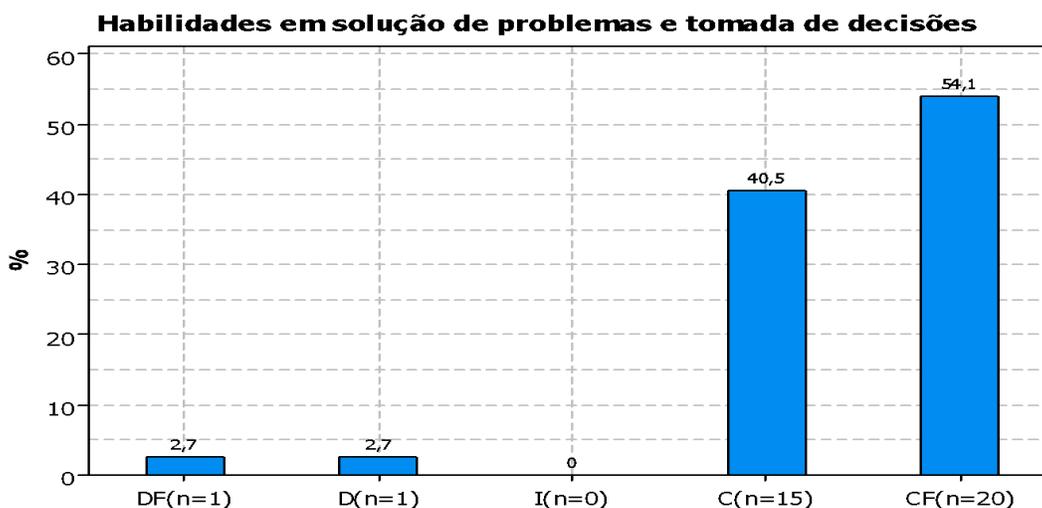
Em relação à oitava competência de liderança (Habilidades em alocação de recursos materiais e financeiros), 75,7% ratificam a afirmativa de que essa competência determina a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem, contra a opinião de 5,4% dos entrevistados, os quais discordam e discordam fortemente dessa afirmativa.



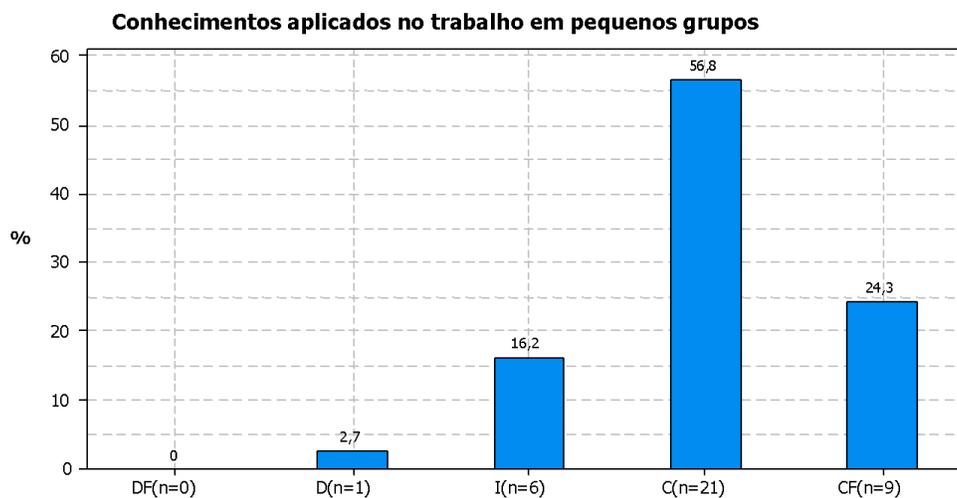
Observando o gráfico da nona competência de liderança (Habilidades em desenvolvimento do ser humano), 94,6% aprovam a afirmativa de que essa competência determina a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem. Nenhum dos entrevistados discordou dessa afirmativa.



91,9% dos enfermeiros aprovam a afirmativa de que essa competência (Habilidades em diversas estratégias de aprendizagem) determina a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem.

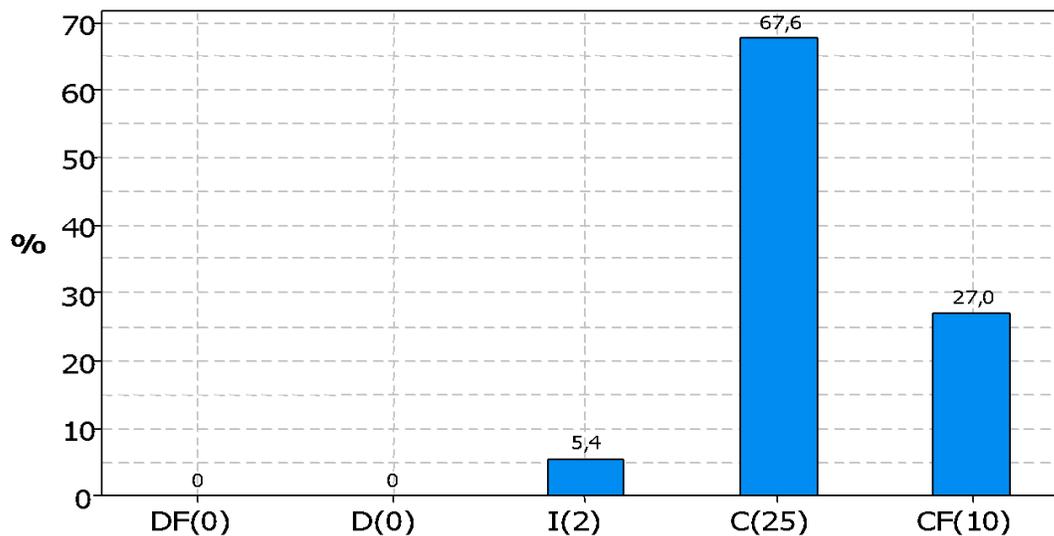


Na competência de Habilidades em solução de problemas e tomada de decisões, 94,6% dos enfermeiros da pesquisa aprovam a afirmativa de que essa competência determina a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem. Dos entrevistados, 5,4% discordaram dessa afirmativa.



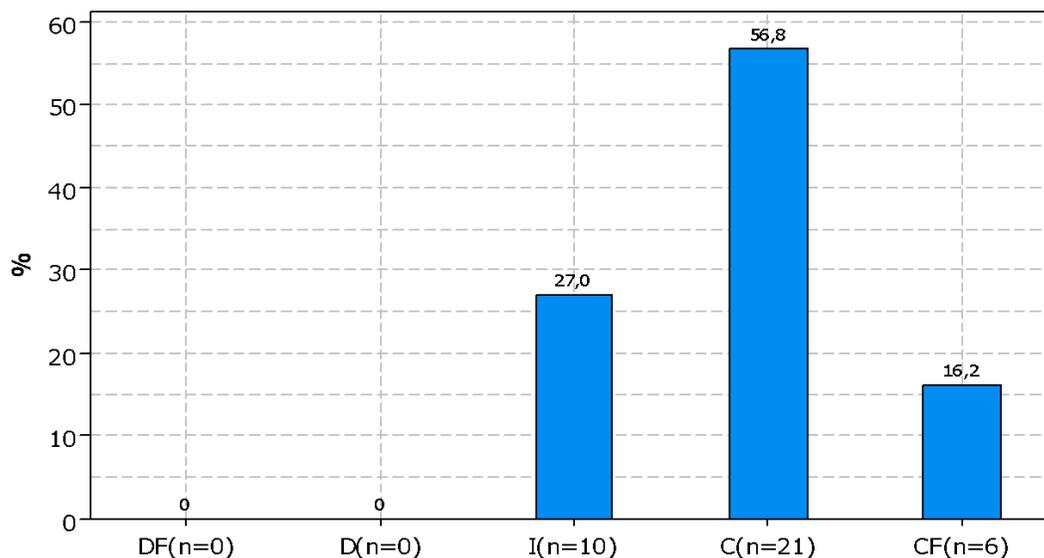
A competência de Conhecimentos aplicados no trabalho em pequenos grupos, gráfico acima, mostra que 81,1% dos entrevistados aprovam a afirmativa de que essa competência determina a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem. Do total de enfermeiros, 2,7% discordaram dessa afirmativa. Esse resultado demonstra a realidade de sua rotina profissional, pois trabalho em equipe multi e interdisciplinar é indispensável para o sucesso da assistência ao paciente.

Conhecimentos aplicados em planejamento e implementação de projeto



Nenhum dos enfermeiros discordou da afirmativa de Conhecimentos aplicados em planejamento e implementação de projeto determina a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem. 94,6% de todos entrevistados, ratificam-na. Nesse hospital de grande porte, há grande incentivo na área de planejamento institucional de avaliação contínua do modelo vigente, através do monitoramento de projetos de qualidade.

Conhecimentos aplicados em interpretação de leis, regulamentos e políticas



A décima quarta competência de liderança (Conhecimentos aplicados em interpretação de leis, regulamentos e políticas) é confirmada por 73,0% dos enfermeiros como determinante na construção do Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem. Nenhum dos entrevistados discordou dessa afirmativa. A Enfermagem, em particular, preocupa-se com o perfil profissional e, através do conhecimento do seu Código de Ética, norteia todas as suas ações.

Tabela 3: Número de Enfermeiros e relação das atividades profissionais de enfermagem conforme grau de importância na Estrutura de Decisão Compartilhada de Enfermagem.

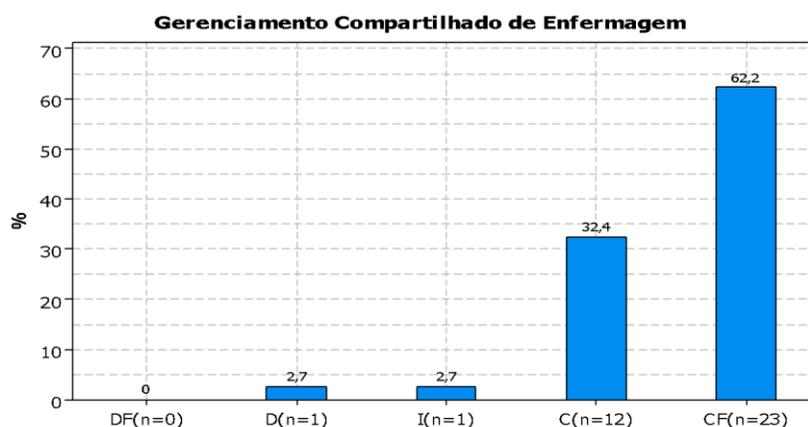
Atividades Profissionais de Enfermagem / Grau de Importância		1	2	3	4	5	
1	Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem	0	1	1	12	23	37
2	Realização de procedimentos de Enfermagem	0	2	3	20	12	37
3	Recebimento e passagem de plantão	1	2	2	21	11	37
4	Elabora e/ou aplicação de normas e rotinas	0	0	3	16	18	37
5	Participação em serviços administrativos	0	3	7	20	7	37
6	Participação em seminários, simpósios, cursos...	0	2	4	18	13	37
7	Elaboração de artigos científicos, livros	1	2	11	11	12	37
8	Pós-graduação	1	1	9	13	13	37
9	Participação em atividades políticas	1	3	22	8	3	37
10	Trabalho em equipe e em pequenos grupos	1	0	1	23	12	37
11	Participação em pesquisas científicas	0	2	9	14	12	37
12	Treinamentos e aperfeiçoamento profissional	0	1	2	17	17	37
13	Conhecimento de Informática	0	3	5	21	8	37
14	Planejamentos de projetos	0	0	5	24	8	37
15	Conhecimento do Código de Ética de Enfermagem	1	0	3	17	16	37
16	Preocupação com o desenvolvimento da equipe de trabalho	0	0	0	17	20	37
17	Capacidade de revolução de problemas	0	0	1	16	20	37
18	Conhecimento dos equipamentos tecnológicos utilizados na Assistência de Enfermagem	0	0	2	23	12	37
19	Organização da unidade de trabalho	0	1	1	21	14	37
20	Elaboração de escala de serviço	1	1	3	26	6	37
21	Avaliação de desempenho do funcionário	1	0	2	18	16	37
22	Prescrição de Enfermagem	1	1	2	19	14	37
23	Tomada de decisão rápida na Assistência de Enfermagem	0	0	0	15	22	37
24	Educação em saúde ao paciente e familiares	0	0	2	24	11	37
25	Previsão e provisão de materiais e equipamentos	0	1	5	21	10	37

	DF	D	I	C	CF	total	C&CF
Q1	0 0,0%	1 2,7%	1 2,7%	12 32,4%	23 62,2%	37 100,0%	94,6%
Q2	0 0,0%	2 5,4%	3 8,1%	20 54,1%	12 32,4%	37 100,0%	86,5%
Q3	1 2,7%	2 5,4%	2 5,4%	21 56,8%	11 29,7%	37 100,0%	86,5%
Q4	0 0,0%	0 0,0%	3 8,1%	16 43,2%	18 48,6%	37 100,0%	91,9%
Q5	0 0,0%	3 8,1%	7 18,9%	20 54,1%	7 18,9%	37 100,0%	73,0%
Q6	0 0,0%	2 5,4%	4 10,8%	18 48,6%	13 35,1%	37 100,0%	83,8%
Q7	1 2,7%	2 5,4%	11 29,7%	11 29,7%	12 32,4%	37 100,0%	62,2%
Q8	1 2,7%	1 2,7%	9 24,3%	13 35,1%	13 35,1%	37 100,0%	70,3%
Q9	1 2,7%	3 8,1%	22 59,5%	8 21,6%	3 8,1%	37 100,0%	29,7%
Q10	1 2,7%	0 0,0%	1 2,7%	23 62,2%	12 32,4%	37 100,0%	94,6%
Q11	0 0,0%	2 5,4%	9 24,3%	14 37,8%	12 32,4%	37 100,0%	70,3%
Q12	0 0,0%	1 2,7%	2 5,4%	17 45,9%	17 45,9%	37 100,0%	91,9%
Q13	0 0,0%	3 8,1%	5 13,5%	21 56,8%	8 21,6%	37 100,0%	78,4%
Q14	0 0,0%	0 0,0%	5 13,5%	24 64,9%	8 21,6%	37 100,0%	86,5%
Q15	1 2,7%	0 0,0%	3 8,1%	17 45,9%	16 43,2%	37 100,0%	89,2%
Q16	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	17 45,9%	20 54,1%	37 100,0%	100,0%
Q17	0 0,0%	0 0,0%	1 2,7%	16 43,2%	20 54,1%	37 100,0%	97,3%
Q18	0 0,0%	0 0,0%	2 5,4%	23 62,2%	12 32,4%	37 100,0%	94,6%
Q19	0 0,0%	1 2,7%	1 2,7%	21 56,8%	14 37,8%	37 100,0%	94,6%
Q20	1 2,7%	1 2,7%	3 8,1%	26 70,3%	6 16,2%	37 100,0%	86,5%
Q21	1 2,7%	0 0,0%	2 5,4%	18 48,6%	16 43,2%	37 100,0%	91,9%
Q22	1 2,7%	1 2,7%	2 5,4%	19 51,4%	14 37,8%	37 100,0%	89,2%
Q23	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	15 40,5%	22 59,5%	37 100,0%	100,0%
Q24	0 0,0%	0 0,0%	2 5,4%	24 64,9%	11 29,7%	37 100,0%	94,6%
Q25	0 0,0%	1 2,7%	5 13,5%	21 56,8%	10 27,0%	37 100,0%	

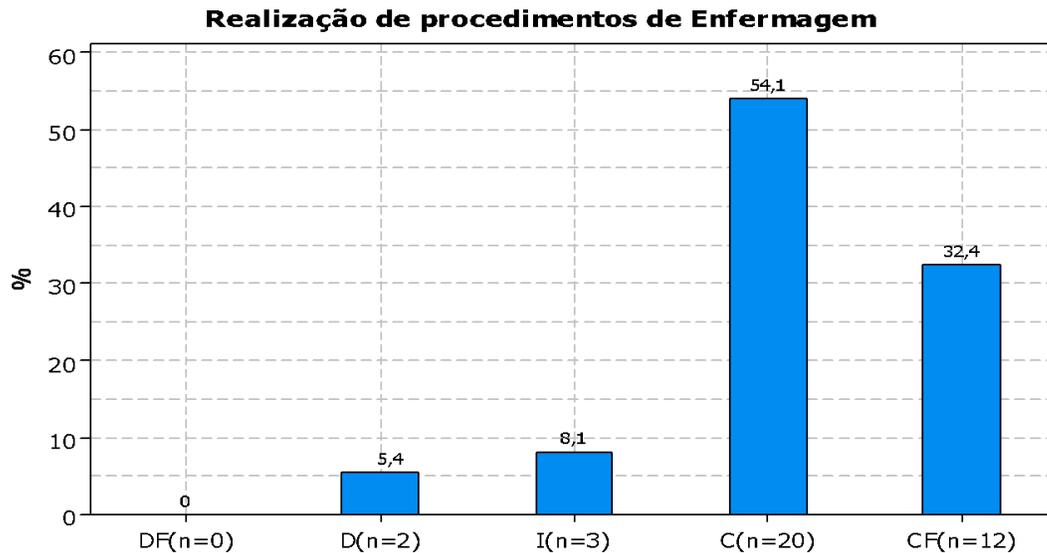
- *
1. Discorda Fortemente
 2. Discorda
 3. Indiferente
 4. Concorda
 5. Concorda Fortemente

Em relação à Tabela 3, acima de 70,0% dos enfermeiros concordam com todas as atividades de Enfermagem como fundamentais para o exercício da liderança. Observa-se, especificamente na atividade política, que 59,5% dos entrevistados são indiferentes a esse fator como importante para o líder desempenhar seu papel junto à equipe. Dos entrevistados, 100,0% concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que atividades como preocupação com o desenvolvimento d equipe de trabalho e tomada de decisão rápida na assistência de enfermagem são importantes para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada. De todos os enfermeiros, 8,1% discordam da afirmativa de que atividades como participação em serviços administrativos e em atividades políticas, conhecimento de informática é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.

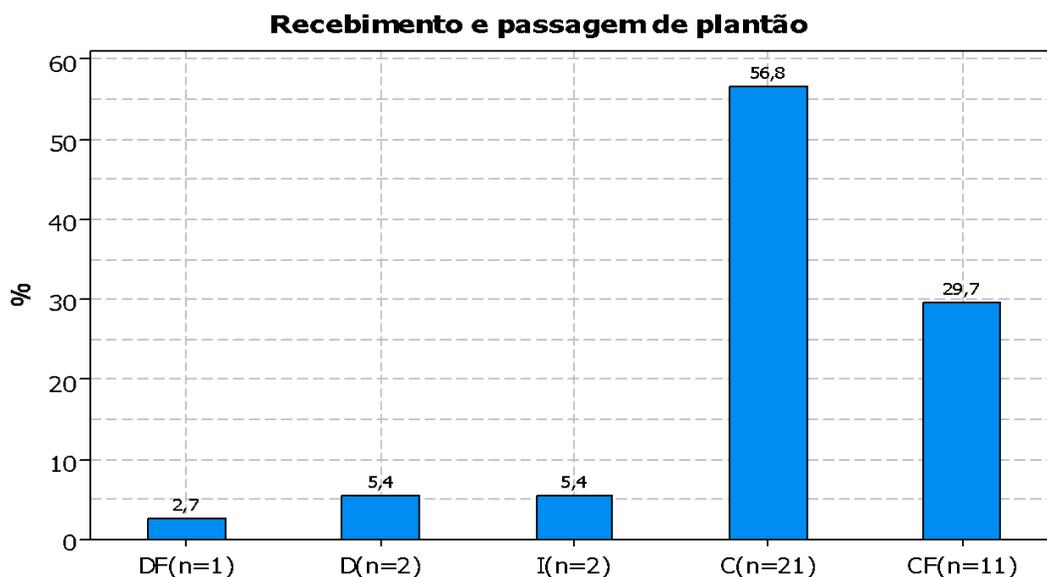
GRÁFICOS DA TABELA 3:



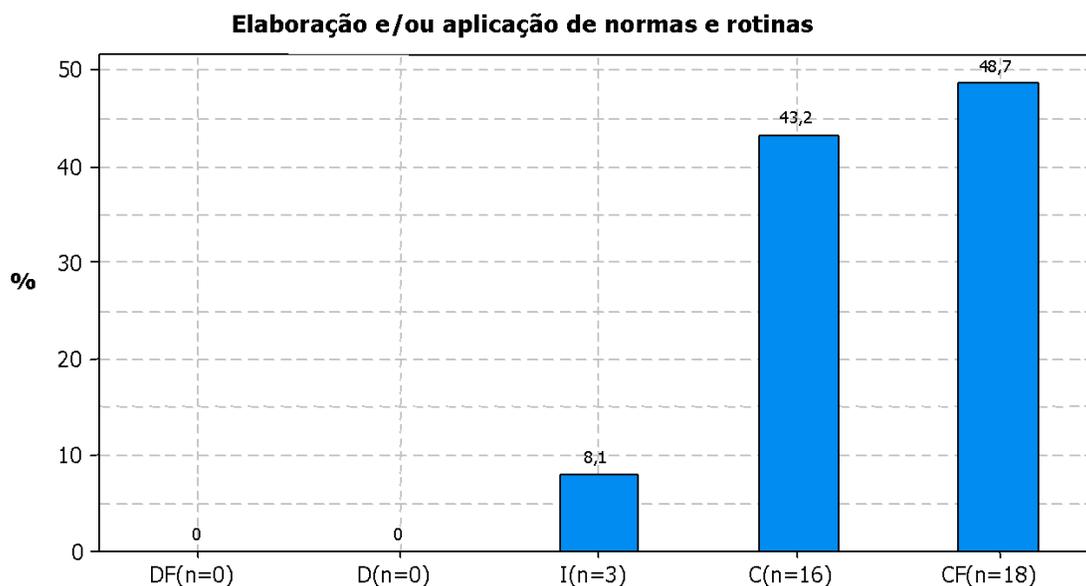
Dos enfermeiros entrevistados, 94,6% concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que atividades como gerenciamento compartilhado de Enfermagem são importantes para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.



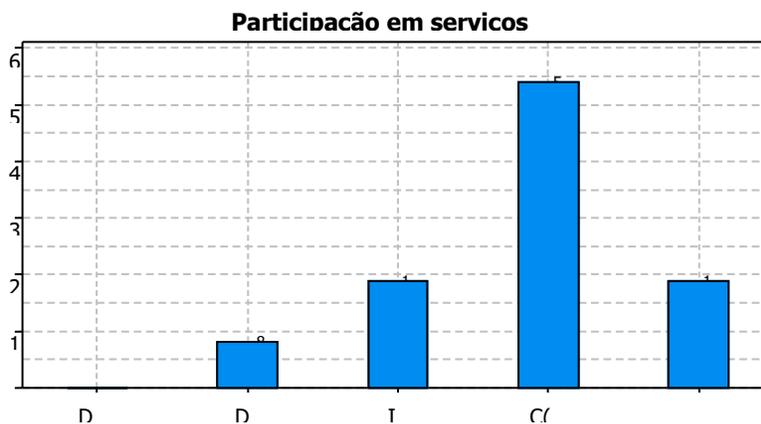
Dos entrevistados, 86,5% concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que atividades como realização de procedimentos de enfermagem são importantes para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada. Do total dos enfermeiros, 5,4% discordam dessa afirmativa.



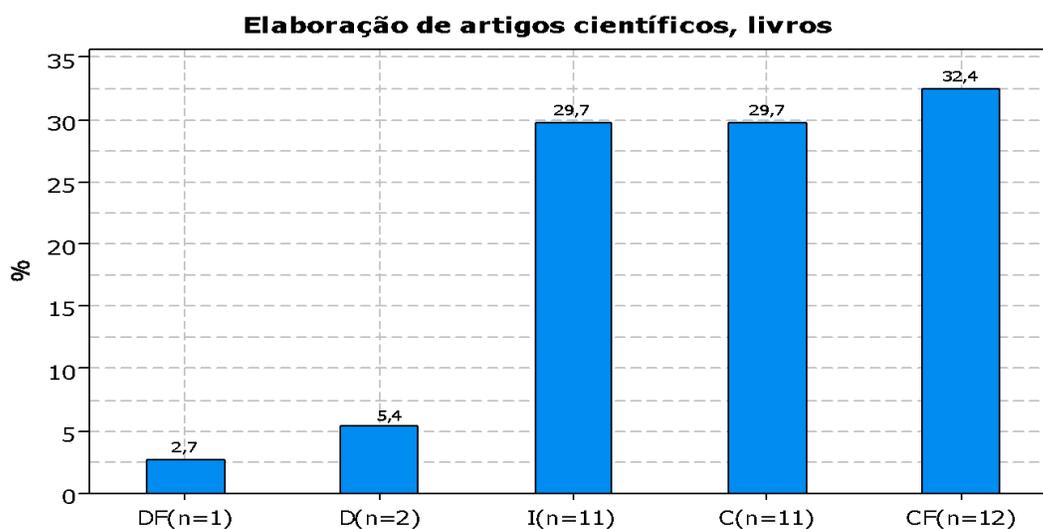
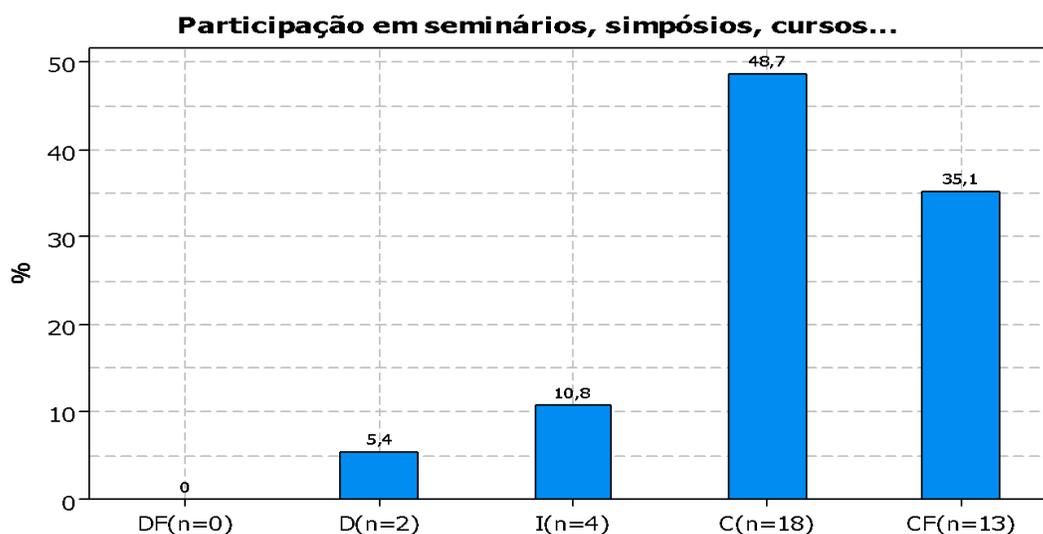
Na pesquisa, 86,5% dos enfermeiros concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que atividades como recebimento e passagem de plantão são importantes para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada. Daqueles entrevistados, 8,1% discordam e discordam fortemente dessa afirmativa.



Nenhum dos entrevistados discordou da afirmativa de que elaboração e/ou aplicação de normas e rotinas são importantes para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada. Do total, 91,9% concordam e concordam fortemente com a afirmativa.

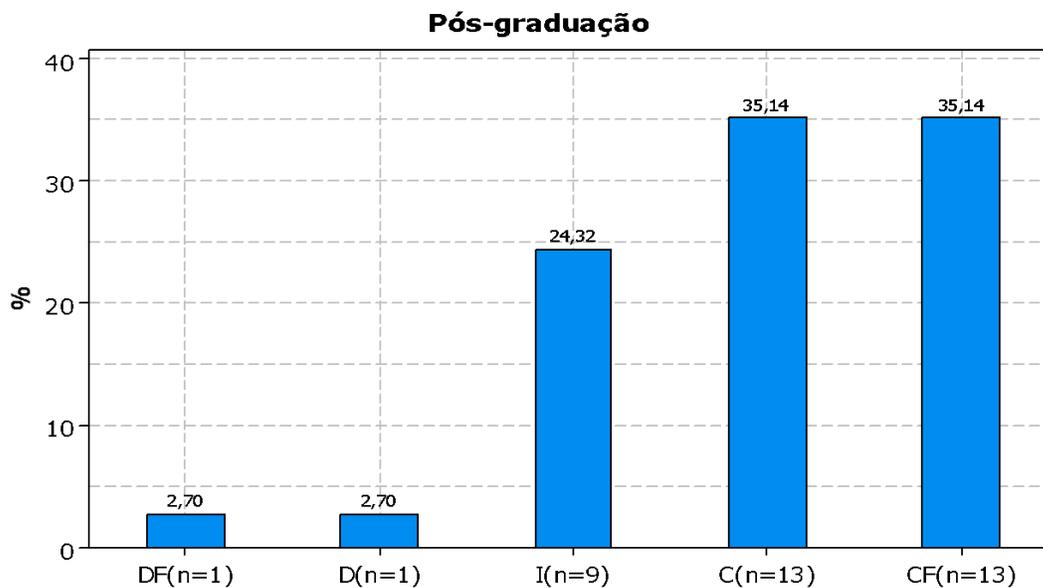


Em relação à participação do enfermeiro em serviços administrativos, 73,0% dos entrevistados concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que essa atividade é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada. No entanto, 8,1% dos entrevistados discordam dessa afirmativa.

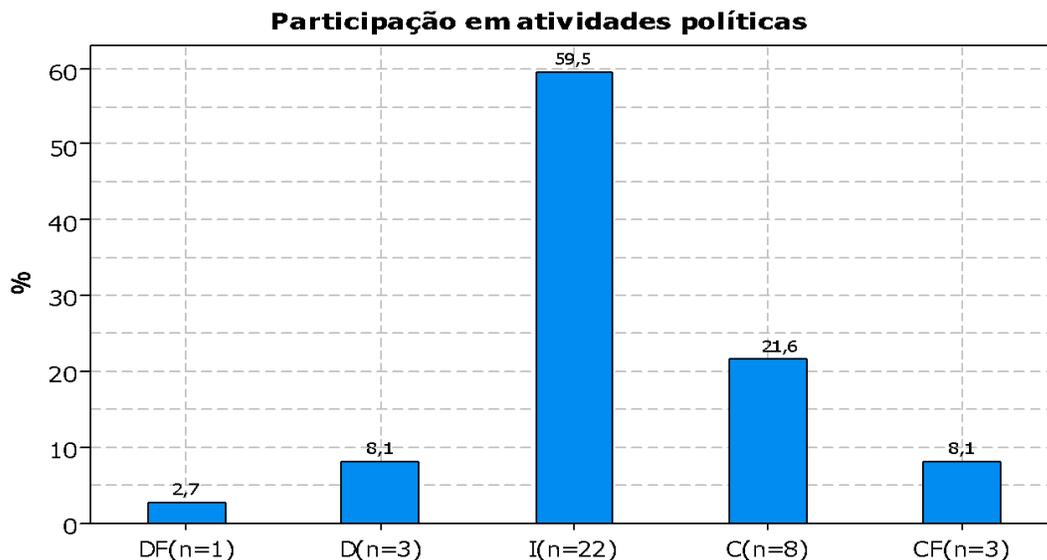


Dos entrevistados, 83,8% e 62,2% concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que atividades como participação em seminários, simpósios, cursos... e elaboração de artigos científicos, livros são importantes para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada; 5,4%% discordam dessa afirmativa na atividade de participação em seminários...; 8,1% discordam e discordam fortemente daquela afirmativa na atividade discordam e discordam fortemente. Observa-se alto percentual de respostas de indiferentes para elaboração de artigos científicos, livros (29,7%), demonstrando a pouca experiência que a Enfermagem tem em relação a

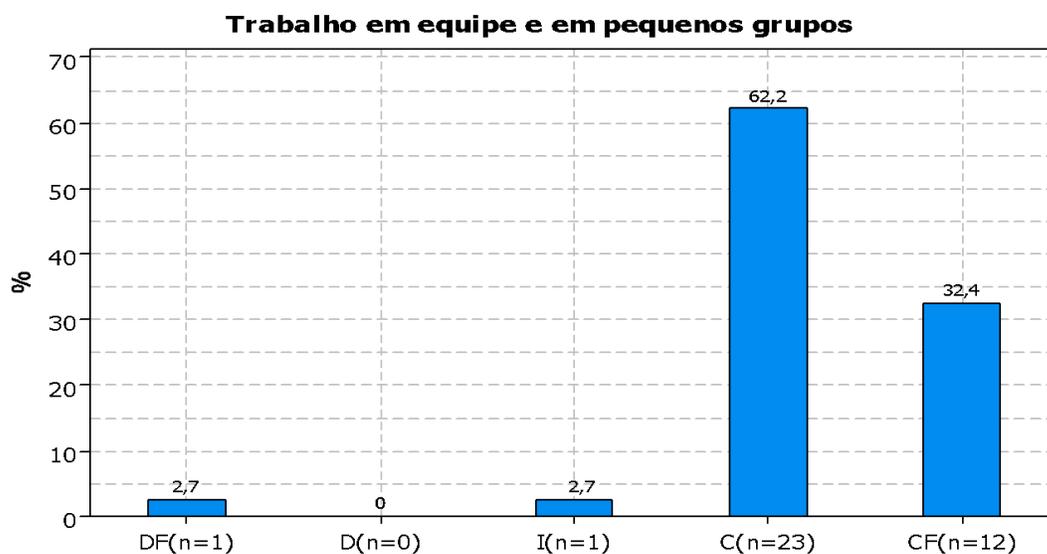
essa atividade. Na verdade, a Enfermagem, como profissão ainda é bem técnica e, apesar de deterem grande conhecimento em saúde, pouco divulgam suas impressões profissionais, suas ideias...



Em relação à Pós-graduação, 70,3% concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que essa atividade em Enfermagem é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada; 5,4% discordam e discordam fortemente disso; 24,3%, indiferentes. Vale salientar que os enfermeiros da instituição em estudo são sensibilizados a crescerem academicamente.

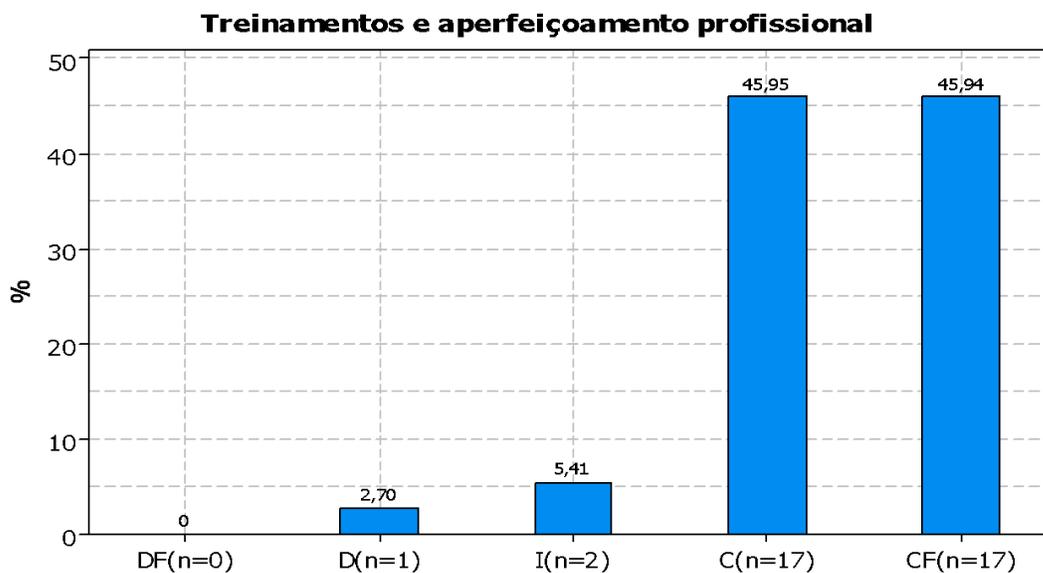
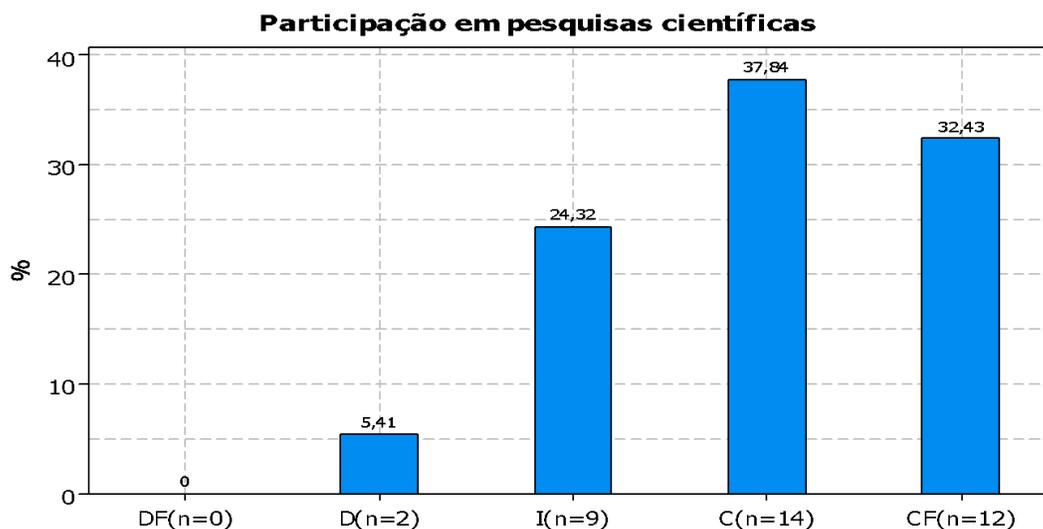


A maioria dos entrevistados se mostrou indiferente (59,5%) a opinar quanto à atividade de participação em atividades políticas como importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada. Apenas 29,7% de todos os enfermeiros concordam e concordam fortemente com aquela afirmativa. O percentual de resposta indiferente caracteriza a pouca ou nenhuma preocupação da enfermagem hospitalar em relação aos processos que norteiam ações políticas intra e extra-institucionais.



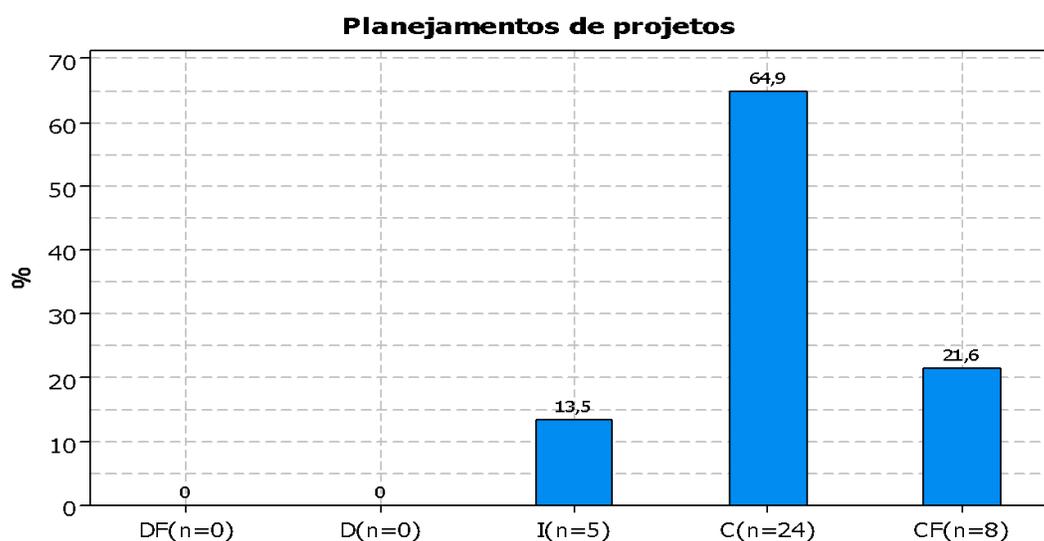
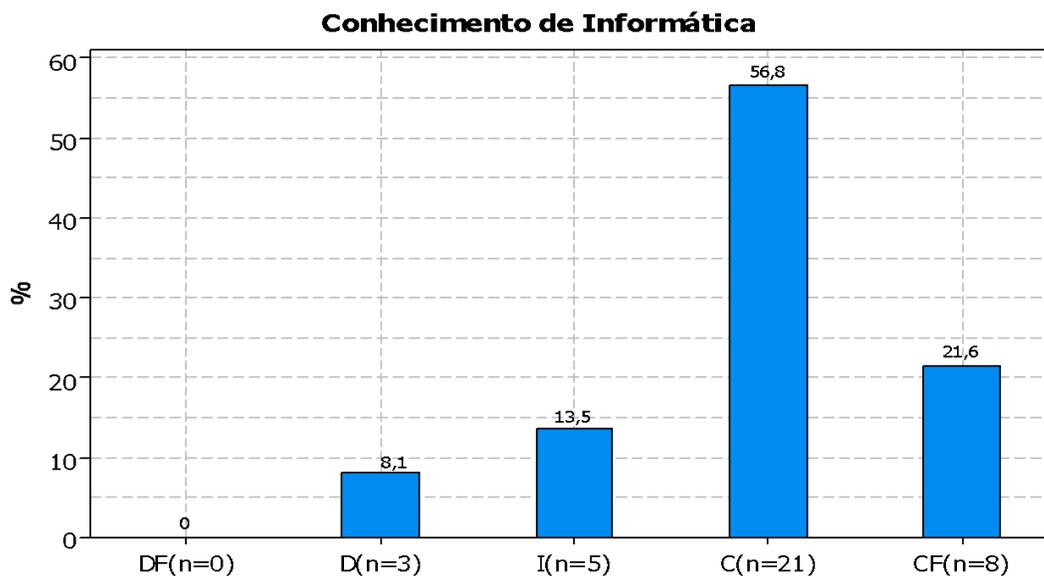
94,6% dos enfermeiros concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que o trabalho em equipe e em pequenos grupos é importante para garantir o

sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada. Porém, 2,7% dos entrevistados discordam fortemente disso.



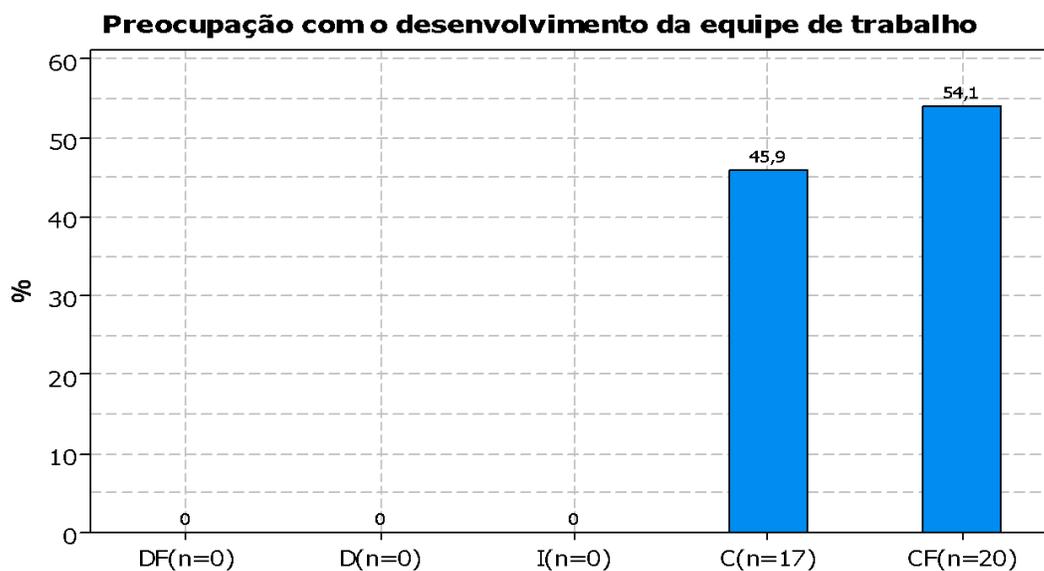
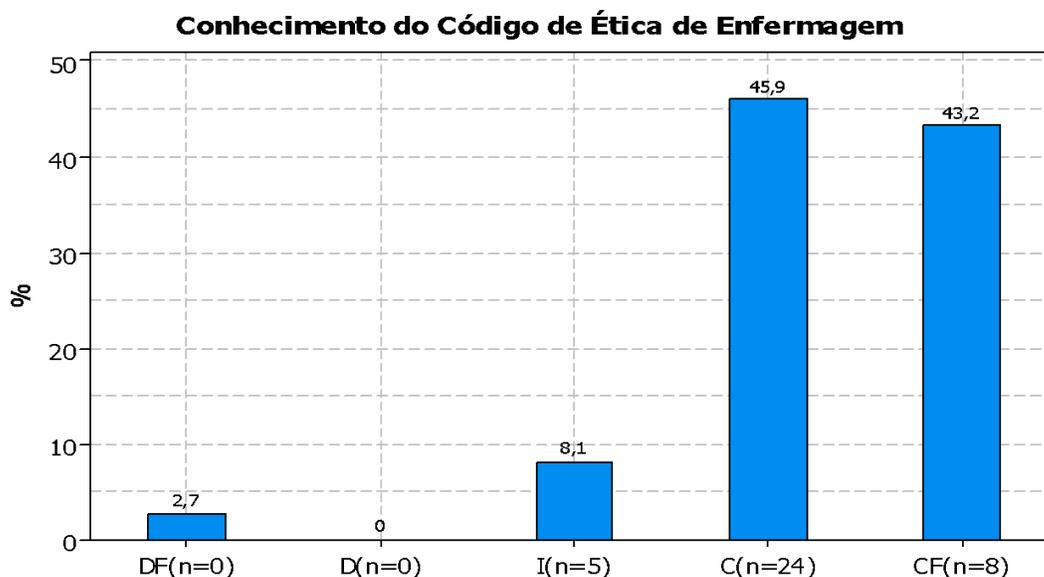
Dos enfermeiros entrevistados, 70,3% (em relação à participação em atividades científicas) e 91,9% (em relação a treinamentos e aperfeiçoamento profissional) concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que essas atividades são importantes para garantir o sucesso do Modelo de Decisão

Compartilhada – gráficos acima. No hospital em estudo, verifica-se a intensa participação da Enfermagem em pesquisas científicas, existindo um setor específico para essa finalidade.



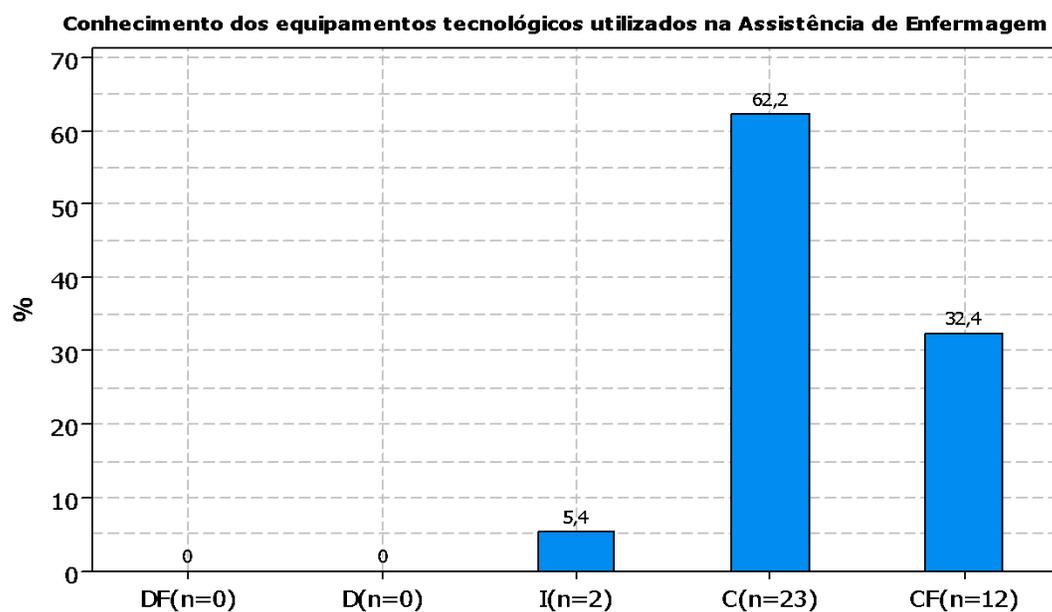
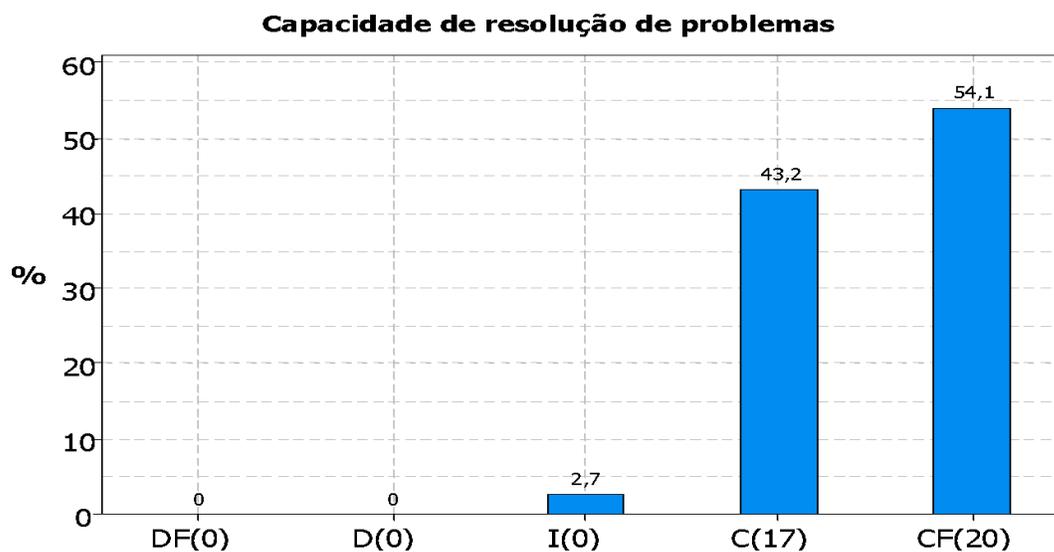
Em relação ao conhecimento de informática e planejamento de projetos, 78,4% e 86,5%, respectivamente, dos enfermeiros concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que essas atividades são importantes para garantir

o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada, já que toda essa estrutura hospitalar encontra-se interligada por computadores e tecnologia de ponta.



Nos gráficos anteriores, referentes ao conhecimento do Código de Ética e preocupação com o desenvolvimento da equipe de trabalho, 89,2% e 100,0%, respectivamente, concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que tais

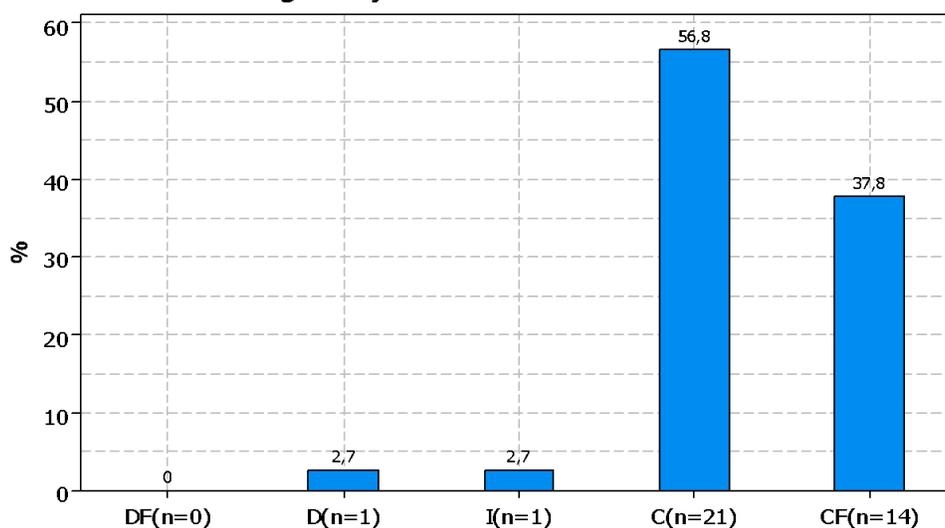
atividades em Enfermagem são importantes para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.



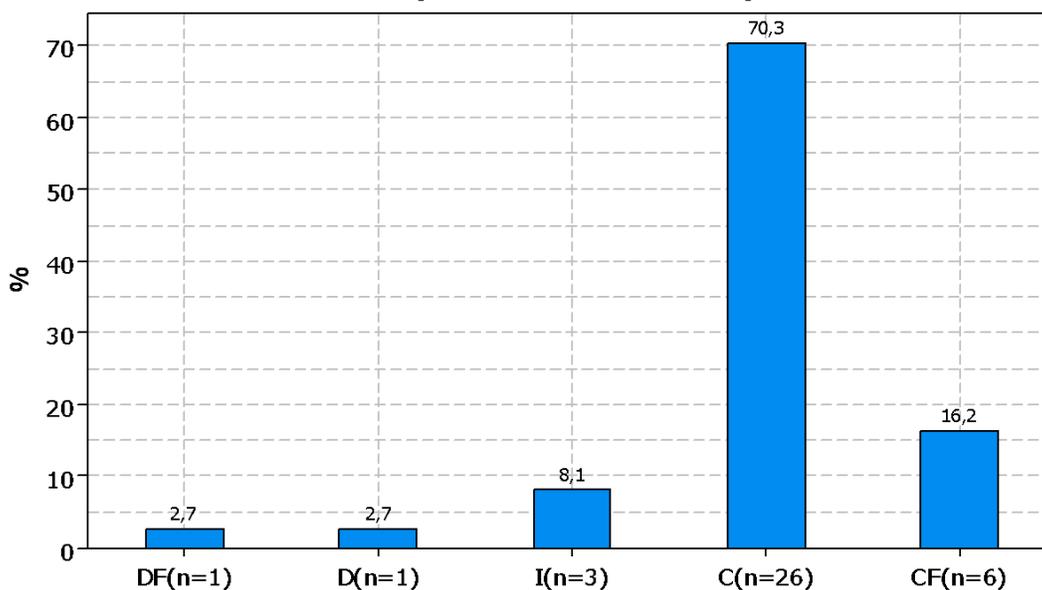
Nos gráficos anteriores, referentes à capacidade de resolução de problemas e conhecimento dos equipamentos tecnológicos utilizados na assistência de

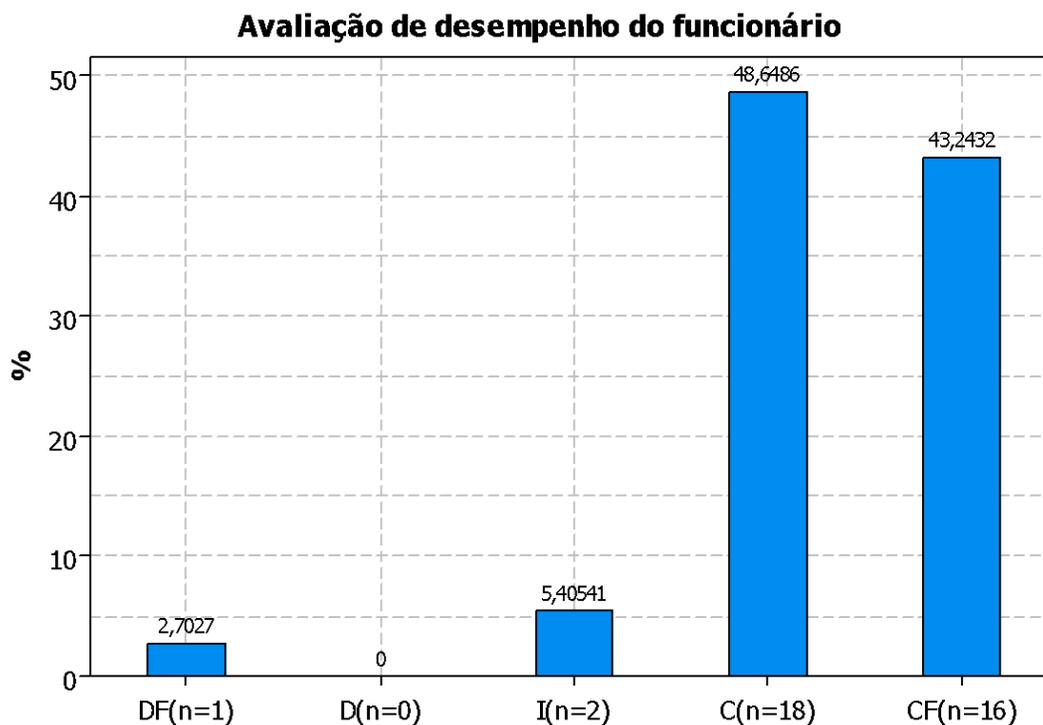
Enfermagem, 97,3% e 94,6% dos entrevistados, respectivamente, concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que tais atividades em Enfermagem são importantes para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada. Em função de sua rotina de serviço de alta qualidade e complexidade, nesse hospital de grande porte, verificam-se equipamentos de alta tecnologia aliados a competência dos seus enfermeiros desenvolverem a capacidade para resolução de problemas.

Organização da unidade de trabalho

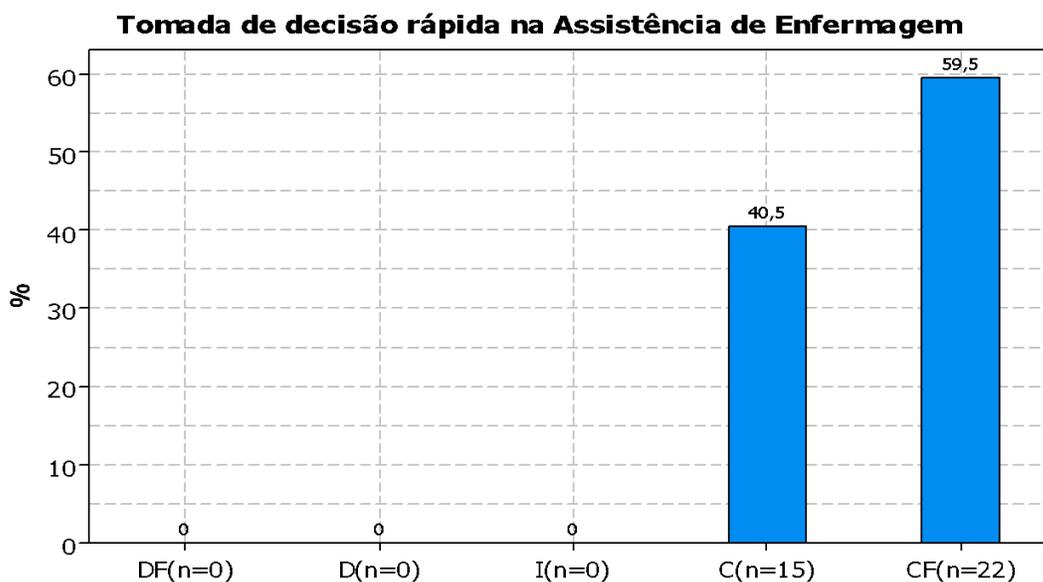
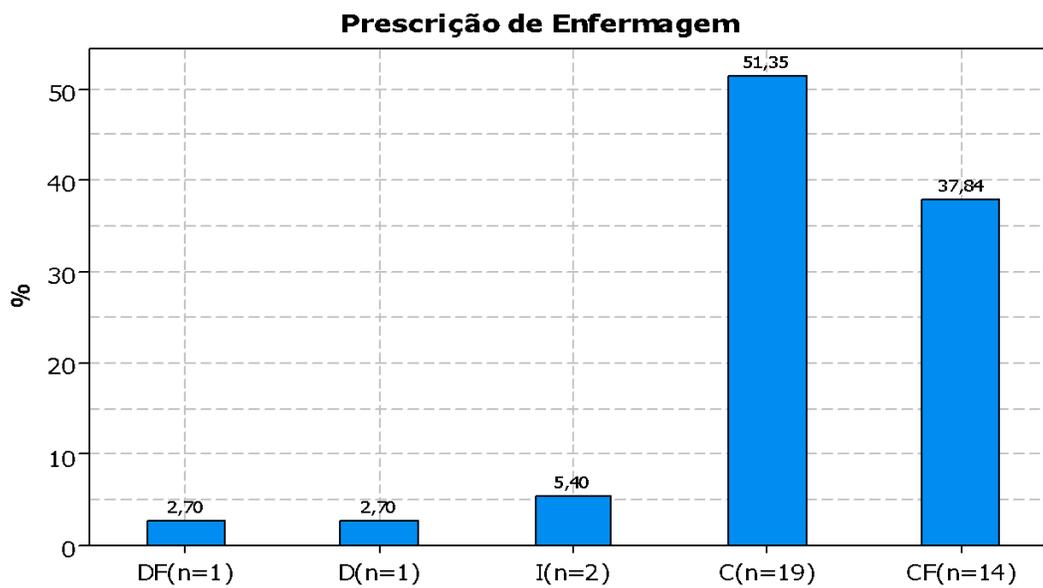


Elaboração de escala de serviço

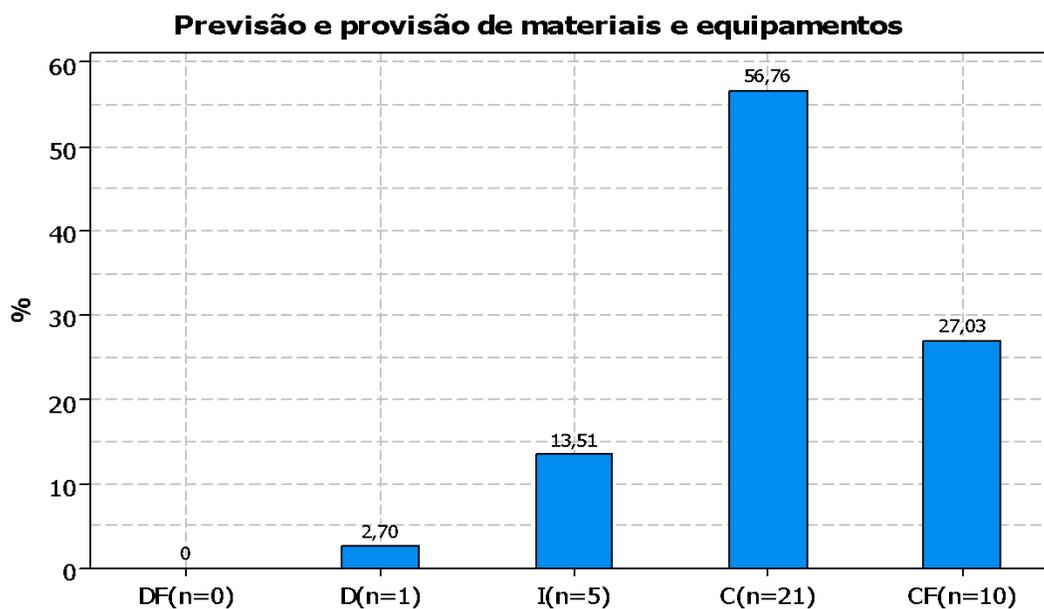
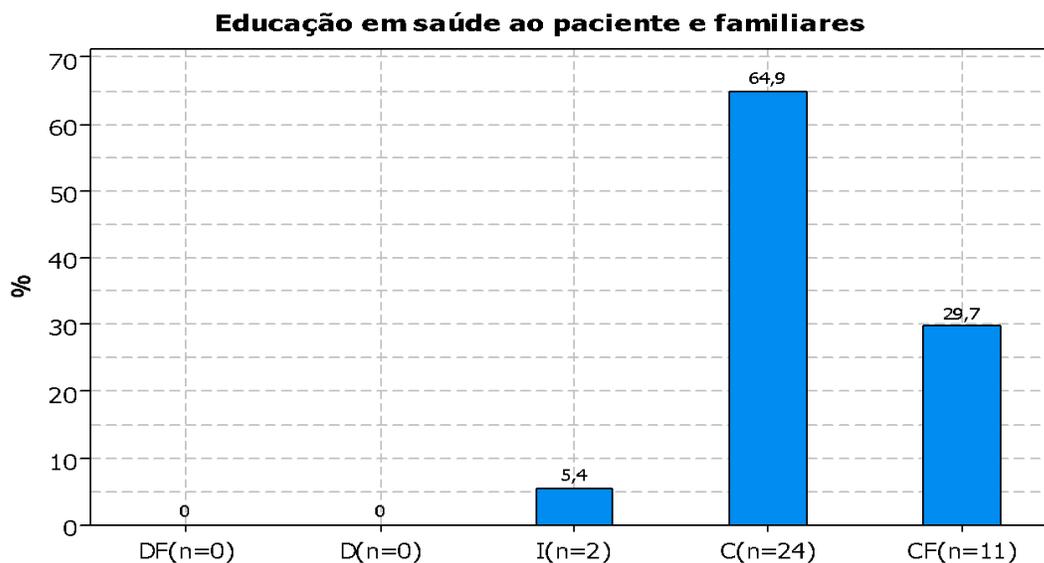




Nos gráficos anteriores, referentes à organização da unidade de trabalho e elaboração de escala de serviço, 94,6% e 86,5% dos enfermeiros, respectivamente, concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que tais atividades em Enfermagem são importantes para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada. Dos entrevistados, 5,4% discordam e discordam fortemente dessa afirmativa em relação à elaboração de escala de serviço. Na atividade de avaliação de desempenho do funcionário, 91,89% dos enfermeiros concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que tal atividade em Enfermagem é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.



Nos gráficos anteriores, referentes à prescrição de Enfermagem e tomada de decisão rápida na assistência de Enfermagem, 89,19% e 100,0% dos enfermeiros, respectivamente, concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que tais atividades em Enfermagem são importantes para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada. Dos entrevistados, 5,4% discordam e discordam fortemente dessa afirmativa em relação à prescrição de Enfermagem.



Nos gráficos anteriores, referentes à educação em saúde ao paciente e familiares e à previsão e provisão de materiais e equipamentos, 94,6% e 83,79% dos enfermeiros, respectivamente, concordam e concordam fortemente com a afirmativa de que tais atividades em Enfermagem são importantes para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada. Dos entrevistados, 2,7% discordam dessa afirmativa em relação à prescrição de Enfermagem previsão e provisão de materiais e equipamentos.

Tabela 4: Proporção do Impacto do Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem

Dinamiza as ações	33/37	89,2%
Facilita a Assistência de Enfermagem	33/37	89,2%
Modelo alternativo de na proposta de liderança nos serviços de enfermagem	31/37	83,8%
Permite o Crescimento Profissional	30/37	81,1%
Facilita a Comunicação Interdisciplinar	30/37	81,1%
Bom	19/37	51,4%
Ótimo	16/37	43,2%
Dificulta a relação líder/liderado	2/37	5,4%
Descaracteriza a visão de gerência de Enfermagem	2/37	5,4%
Cria obstáculos burocráticos para resolver problemas	1/37	2,7%

Na Tabela 4, 94,6% dos entrevistados avaliam o impacto do Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem como benéfico ao processo de qualidade da assistência, permitindo crescimento profissional (81,1% dos enfermeiros) e facilitando a comunicação interdisciplinar (81,1% dos enfermeiros). No gráfico a seguir, percebe-se que em 89,2% das respostas dos entrevistados, o impacto do Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem dinamiza ações e facilita a assistência de Enfermagem.

GRÁFICO DA TABELA 4:

Proporção do Impacto do Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem

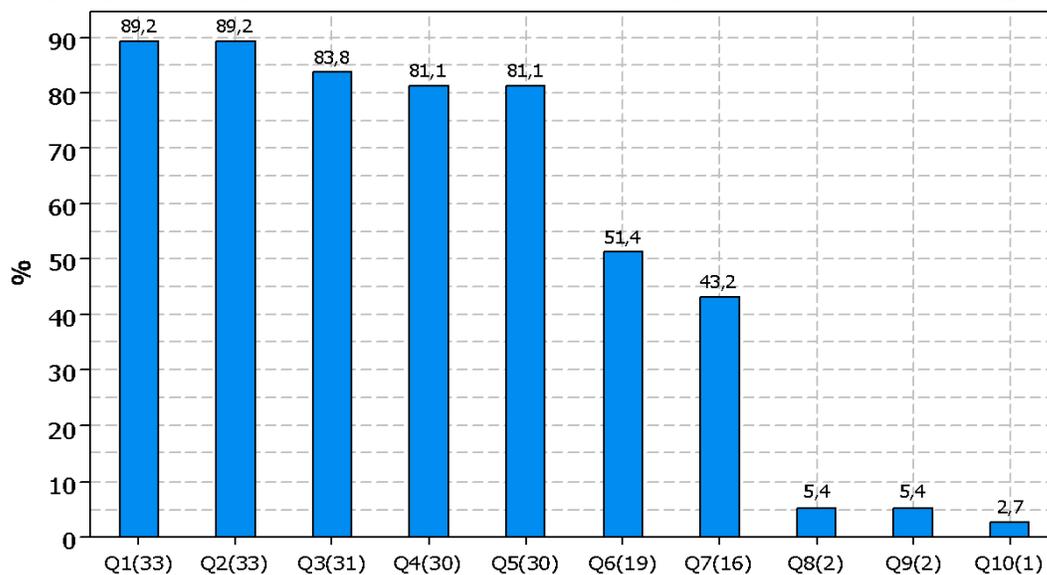
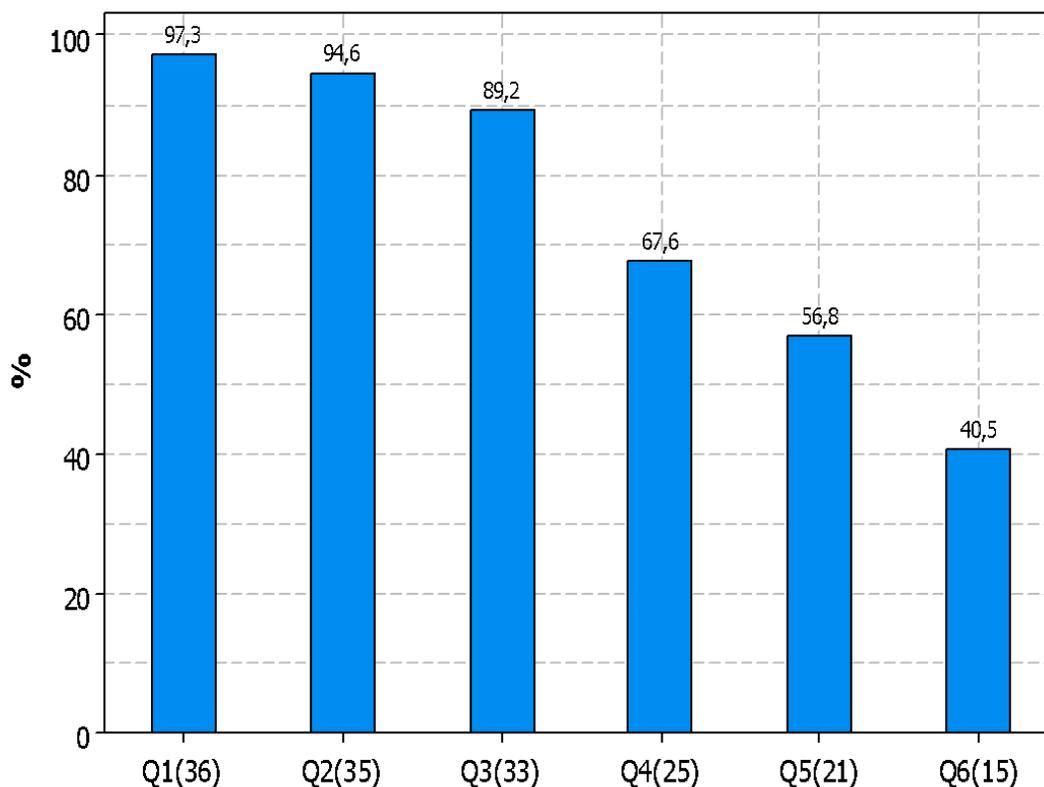


Tabela 5: Proporção das Características Importantes ao Enfermeiro no Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem.

Um profissional competente	36/37	97,3%
Um comunicador efetivo que desenvolve habilidades no relacionamento interpessoal e multiprofissional	35/37	94,6%
Um organizador efetivo	33/37	89,2%
Um pesquisador reflexivo	25/37	67,6%
Um acadêmico importante que sempre busca conhecimentos em sua área de atuação	21/37	56,8%
Um consultor colaborador	15/37	40,5%

GRÁFICO DA TABELA 5:

Proporção das Características Importantes ao Enfermeiro no Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem



Analisando a Tabela 5 e o gráfico acima, dos entrevistados, 97,3% acreditam que a principal característica do enfermeiro no Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem constitui a competência do enfermeiro. Por outro lado, 40,5% dos enfermeiros deram pouca importância à característica de consultor colaborador. Destaca-se, também, dentre as características apontadas pelos entrevistados, um comunicador efetivo (94,6%), um organizador efetivo (89,2%).

A Estrutura de Decisão Compartilhada do Sistema de Enfermagem da Instituição em estudo tem como referencial a Administração Participativa. Segundo Bork (2003), a escolha foi alicerçada pelos princípios que a orientam, pois estes são compatíveis com as demandas de modelos gerenciais do futuro; pela tomada de

decisão assertiva, respaldada em conhecimento científico; e pela autonomia e autoridade da equipe de enfermagem na tomada de decisão em relação à prática assistencial. Nesse sentido, o enfermeiro do Sistema de Enfermagem de um hospital de grande porte em estudo apresenta as seguintes características profissionais (BORK, 2003): trabalho em equipe, liderança, resistência a frustração, comunicação, automotivação, tomada de decisão, relacionamento interpessoal, flexibilidade. O paciente é e sempre deverá ser parte das decisões tomadas em relação à assistência planejada (BORK, 2003). A identificação e o exercício cotidiano de acertos e desvios irão aprimorar o redesenho de processos e minimizar conflitos entre os pares e a estrutura formal do sistema (BORK, 2003).

A Liderança está presente em toda hierarquia institucional - estratégico, tático, operacional. O líder nos tempos hodiernos trabalha junto à equipe com objetivos comuns para a evolução contínua individualmente e coletivamente. Para o desenvolvimento de líderes numa instituição, é indispensável estabelecer estratégias eficazes na Gestão de pessoas.

Para a análise dos resultados foram consideradas “14 Competências de Liderança” in loco, como determinantes do modelo de decisão compartilhada, promovendo, assim, a qualidade na assistência à saúde: a maior parte dos entrevistados (acima dos 73,0%) concordam e concordam fortemente com as “14 Competências de liderança” como importantes na nova proposta estrutural do hospital de grande porte. Vale salientar que a relação entre essa Estrutura Organizacional Formal e o novo Modelo Gerencial é norteada pela redefinição de papéis e atividades: a decisão certa, pela pessoa certa, na hora certa, no lugar certo. O desafio é evitar a sobreposição e redundância de decisões e de atividades e fortalecer os atores da decisão com autonomia e autoridade (BORK, 2003). 83,8% dos entrevistados concordam com a primeira competência de liderança (teorias organizacionais); 86,5%, com a segunda competência de liderança (fundamentos éticos e responsabilidade social); 97,3%, com a terceira competência de liderança (sistemas, valores e relacionamentos sociais); 75,7%, com a quarta competência (globalização econômica e cultural); 78,4%, com a quinta competência (planejamento e implementação de atividades de relações públicas); 89,2%, com a

sexta competência (desenvolvimento organizacional); 73,0%, com a sétima competência (desenvolvimento do ser humano); 75,7%, com a oitava competência (alocação de recursos materiais e financeiros); 94,6%, com as competências (resolução de problemas e tomada de decisões, análise, produção e relatos de pesquisa, planejamento e implementação de projetos); 91,9%, com a décima competência (diversas estratégias de aprendizagem); 81,1%, com a competência de trabalho em pequenos grupos; 73,0%, com a décima quarta competência (interpretação de leis, regulamentos e política).

Capítulo VI

CONCLUSÃO

A gerência participativa está fundamentada no humanismo, pois é pautada no respeito e integração dos valores humanos, nas necessidades das pessoas e do trabalho. Considera o trabalhador como um ser atuante na organização, com capacidade e desenvolver o seu papel com autonomia e de participar efetivamente nas tomadas de decisões relacionadas aos processos de trabalho dos serviços. A estrutura organizacional é flexível e adaptável, há maior confiabilidade nas interações informais e as decisões são descentralizadas. Essa proposta propicia o crescimento pessoal e profissional, contribuindo para que o trabalhador se sinta mais motivado e reconhecido.

Tendo em vista essas duas visões de gerência, como se percebe a gestão participativa no contexto da atuação dos profissionais de Enfermagem?

O agir do enfermeiro envolve decisões tanto de cunho técnico quanto de cunho ético, e é claro que a capacitação técnica dos profissionais é imprescindível, mas só ela não é suficiente, sendo necessária, também, a valorização da dimensão ética da atuação profissional que é a que gera dilemas e conflitos para o enfermeiro. Esse cenário mostra que o enfermeiro, enquanto gerente, pode assumir posturas centralizadoras e autoritárias, sem a participação dos elementos envolvidos nas tomadas de decisão, levando a decisões que não atendam à realidade.

Mas um ponto a considerar é que a conduta do enfermeiro é balizada por questões profissionais, legais e, mais que isso, por valores e experiências pessoais, reforçando a necessidade de considerar o que as pessoas percebem, sentem e valorizam a respeito das situações vivenciadas. Desse modo, muitas das decisões tomadas, provavelmente, serão ineficazes, se não houver a participação dos elementos envolvidos, se for uma decisão apenas imposta.

O fluxo da informação também é outro ponto que precisa ser frisado, porque nas situações de conflito existe uma tendência de que o fluxo de informações fique distorcido em função de interpretações que se façam sobre os acontecimentos ou fatos, de acordo com a percepção de cada um. Isso gera um enorme dispêndio de energia pessoal, grupal, que passa a ser desviada para fora de propósito da tomada de decisão, e que leva o conflito para além do problema original. Então, para o enfermeiro que está gerenciando um grupo, essa situação denota a necessidade de abrir espaços para a discussão de valores no sentido de preparar o seu grupo, fortalecendo-o na maturidade para análise das situações conflituosas, para que esse caminhe no sentido da possibilidade de uma gestão participativa.

Um dos direitos é a autonomia do usuário, considerando que para ele tomar decisões ou participar das decisões relativas ao seu tratamento e bem-estar, duas condições são necessárias: liberdade e competência para decidir. Competência significa ter os esclarecimentos necessários para a tomada de decisão; liberdade pressupõe ter a possibilidade de escolha. Assim, paralelamente com a Gestão Participativa, significa que deverá ocorrer uma socialização do saber e uma redistribuição do poder, pois para poder decidir, o profissional terá que ter a oportunidade de escolha e competência, abrangendo conhecimentos, habilidades e atitudes.

Deve ser levado em conta, ainda, que a participação requer uma competência maior dos profissionais, que refletirá na qualidade da assistência prestada. Outra decorrência esperada da gestão participativa é a maior satisfação com que, provavelmente, os profissionais desenvolverão suas atividades, repercutindo, também, na qualidade da assistência. A prestação de uma assistência de boa qualidade só é possível com a adoção de posturas éticas, uma vez que a qualidade pressupõe a ética, e qualidade sem ética é utopia.

No setor saúde, e mais especificamente na Enfermagem o Modelo de Administração Participativa ou de Decisão Compartilhada ainda é pouco expressivo. Para a efetivação dessa proposta é preciso que as pessoas, que gerenciam os serviços, mudem seus conceitos e posturas, estimulando a participação de toda

equipe nos processos de tomada de decisão. Para tanto, é necessário maior compromisso e aquisição de novos conhecimentos, melhorando a forma de atuação e relacionamento. Portanto, a autonomia e a delegação de atividades são condições que devem existir no cotidiano da atuação profissional. A prática da Enfermagem deve congrega a racionalidade, o profissionalismo, a humanidade, a ética e o acolhimento de novas ideias. Um serviço alicerçado nessa abordagem de gestão tende a viabilizar uma assistência qualificada e possibilita a satisfação daqueles que cuidam, como dos que são cuidados.

O Sistema de Enfermagem de hospital de grande porte tem trabalhado em parceria com a área de Recursos Humanos de maneira visionária, focalizando o desenvolvimento do profissional de Enfermagem para assegurar que as “pessoas certas ocupem os lugares certos” no processo de assistência ao paciente. Para que esse processo de seleção de pessoal seja realizado adequadamente, é necessário antes de qualquer coisa, traçar o perfil humano e profissional de cargo a ser preenchido, que poderá servir de roteiro na busca do candidato.

Nem sempre é a liderança da área que desenha os cargos de sua responsabilidade. Os próprios profissionais, no desempenho da função, e do setor de Educação Continuada, pode participar desse processo. Entretanto, a liderança da área precisa estar envolvida para conhecer seu conteúdo e especificações e melhor administrar seu pessoal. E, nesse sentido, o enfermeiro, enquanto líder no processo do cuidar no hospital necessita desenvolver as “14 Competências de Liderança”.

Na realidade hospitalocêntrica, as “14 Competências de Liderança” constituem ferramentas para a promoção da qualidade na assistência à saúde? Conforme a pesquisa realizada em um hospital de grande porte, conclui-se:

- A filosofia institucional do hospital baseia-se em características de liderança que regulamentam a Gerência Compartilhada de Enfermagem;
- A partir da implantação do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem, verificou-se um aumento da satisfação da clientela interna/externa, tornando-se referência nacional e internacional em

qualidade de assistência à saúde, havendo maiores possibilidades aos seus colaboradores de vislumbrarem uma carreira promissora dentro da instituição em estudo;

- Através da análise dos dados coletados na pesquisa, afirma-se que existe uma relação significativa entre o Modelo de Decisão Compartilhada de Enfermagem e as “14 Competências de Liderança”, cujas respostas dos entrevistados variaram entre 73,0% e 97,3% da média daqueles que concordam e concordam fortemente com a proposta de gerenciamento hospitalar. Existe uma maior tendência para as competências de Habilidades em desenvolvimento do ser humano (54,1% dos entrevistados concordam fortemente) e em solução de problemas e tomada de decisões (54,1% dos enfermeiros concordam fortemente).
- Os dados estatísticos revelam que, quando se trata de assuntos referentes a globalização econômica e cultural, atividades de relações públicas, relato de pesquisa, interpretação de leis, regulamentos e políticas, o percentual , dentre os entrevistados, demonstra uma importância real de indiferentes (acima de 20,0%) quanto a essas competências de liderança no Modelo de Decisão Compartilhada. Pressupõe-se que tais competências não se encontram ligadas diretamente à prática do enfermeiro de uma UTI, embora reconheçam a influência de tais elementos (política, leis, regulamentos, relatos de pesquisa e relações públicas) na existência e na continuidade de uma assistência de qualidade de Enfermagem. Vale salientar que esses dados, em sua maioria (91,9%), refletem a opinião dos enfermeiros assistenciais, ou seja, aqueles que estão em contato direto com o paciente, a família e equipe interdisciplinar.

Desta maneira, fundamentada na experiência de liderança compartilhada, a Enfermagem pode ser usada como instrumento de mudança sem a intenção de manter-se como uma estrutura permanente, permitindo flexibilidade dos projetos e

nas decisões de equipes. Sugere-se a priorização das pessoas e não das “coisas” no processo organizacional. Mais do que simples mudanças comportamentais, esse processo desencadeia atitudes e posturas que, por sua vez, se multiplicam e revelam um perfil de liderança, além de uma organização diferenciada no mercado.

Ao término da pesquisa, reconhece-se a necessidade de se ampliar esse Modelo de organização participativa não somente em hospitais privados, como também em instituições públicas de saúde, em todos os níveis hierárquicos, a fim de flexibilizar ações gerenciais e de liderança na perspectiva de se trabalhar em equipe, dividindo tarefas para somar resultados, envolvendo todos os colaboradores da instituição, com o olhar voltado ao bem comum, “servindo” ao ser humano o que há de melhor nas relações: amor, atenção, amizade.

Em continuidade a esse estudo, faz-se necessária a elaboração de um questionário mais específico e objetivo quanto à práxis do enfermeiro e/ou outros profissionais, em suas várias especialidades. Conclui-se, por último, mas não menos importante, que durante o estudo verificaram-se limitações do pesquisador em aprofundar conhecimentos referentes às Competências de Liderança, dada à dimensão grandiosa do seu impacto na qualidade da assistência à saúde, como proposta de mudança de paradigmas. Assim, recomenda-se a ampliação do estudo em pesquisas referentes às Competências de Liderança, inclusive com ampliação para outras áreas, com detalhamento da Escala de Likert, com maiores opções de conceitos de competências e de suas atividades afins.

Propõe-se a aplicabilidade do produto final: E-BOOK (Apêndice 3) com especificações das Competências de Liderança, as quais foram elencadas e testadas em campo com os profissionais entrevistados e pesquisados, como guia de recomendações para setor de gestão de pessoas para triagem admissional, acompanhamento e desenvolvimento profissional no contexto institucional, com a perspectiva de promover e estabelecer uma assistência à saúde com qualidade de forma continuada, com participação de todos os indivíduos em seus diversos níveis hierárquicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBETKOVA, A.; CHAIGNAT, E.; GASQUET, P. et al. A Competency Framework for Developing Global Laboratory Leaders. *Front Public Health.*, v. 7, n. 199, 2019.

BAHIA, B.J. Introdução à comunicação empresarial. Rio de Janeiro: Mauad, 2015.

BARBERA, K.M. *The Oxford Handbook of Organizational Climate and Culture*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2014.

BASS, Bernard M. *Concepts of Leadership: The Beginnings*. In: WREN, J. Thomas. *The Leader's Companion*. New York: Free Press: Division of Simon and Schuster, 1995.

BELRHITI, Z.; VAN DAMME, W.; BELALIA, A.; MARCHAL, B. Unravelling the role of leadership in motivation of health workers in a Moroccan public hospital: a realist evaluation. *BMJ Open.*, v. 10, n.1, 2020.

BENEDETTO, A.R.; ANTEAU, C.M.; WILIAMS, L.A. Implementation, execution, and completion of projects. *Scand J Public Health.*, v. 42, n. 14, p. 123-129, 2014.

BERGAMINI, Cecília Whitaker. *Liderança: Administração do Sentido*. São Paulo: Atlas, 1994.

BERGUE, S.T. *Gestão de pessoas em organizações públicas*. 3. ed. rev. e atual. Caxias do Sul, RS: Educs, 2019.

BÍBLIA JOVEM AMIGO. Tradução na Linguagem de Hoje. Sociedade Bíblica do Brasil, 2002.

BOHMER, R.M.J. Leading clinicians and clinicians leading. *N Engl J Med*, v. 368, p. 68-70, 2013.

BORK, Anna Margherita Toldi. *Enfermagem de Excelência: da visão à ação*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003.

BRUNT, L.D.; BOGDAN, A.F. Ninety Years and Counting: The Past, Present, and Future of the Nursing Professional Development Specialty. *J Nurses Prof Dev.*, v. 35, n. 2, p. 56-65, 2020.

BUENO, W.C. *Comunicação empresarial: teoria e pesquisa*. São Paulo: Manole, 2013.

BURNS, James. *Leadership*. New York: Harper & Row, Publishers, 1985.

CAPANO, G.; STEFFEN, I. A evolução dos modelos de gestão por competências nas empresas. In: Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional. v. 38, n. 2, p. 41-54, 2012.

CERQUEIRA NETO, E.P. Preconceito da qualidade em um ambiente de mitos e paradigmas. Rio de Janeiro: Imagem, 1994.

CHEMERS, Martin M. Contemporary Leadership Theory. In: WREN, J. Thomas. The Leader's Companion. New York: Free Press: Division of Simon and Schuster, 1995.

CHEN, X.; PERC, M. et al. A abundância excessiva de recursos comuns impede a responsabilidade social. Sci Rep, v. 4, p. 41-61, 2014.

CHIAVENATO, I. Comportamento Organizacional: A dinâmica do sucesso das organizações. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus Elsevier, 2010.

CHONG, M.P.; SHANG, Y.; RICHARDS, M.; ZHU, X. Two sides of the same coin? Leadership and organizational culture. Leadersh Org Dev J., v. 39, n. 8, p. 975-984, 2018.

CRAWFORD, R. Na Era do Capital Humano. São Paulo: Atlas, 1994.

CRISPIM, G. Aspectos comportamentais: a controladoria como fator de influência no comportamento humano. Advances in Scientific and Applied Accounting., v. 4, n. 3, p. 379-405, 2011.

CURRY, L.A.; AYEDUN, A.A.; CHERLIN, E.J.; ALLEN, N.H.; LINNANDER, E.L. Leadership development in complex health systems: a qualitative study. BMJ Open., v. 10, n. 4, 2020.

DAWSON, B. & TRAPP, R. Basic & Clinical Bioestatics. Publisher: New York; Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2001.

DEISS, K.J. & SOETE, G. "Developing shared leadership: a note for a new year", ARL Newsletter, dez. 1997.

DRUCKER, P.F. Administração para o Futuro: os anos 90 e a virada do século. São Paulo: Pioneira, 1992.

DUTRA, J.S. Competências: Conceitos e Instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2012.

FANELLI, S.; LANZA, G.; ENNA, C.; ZANGRANDI, A. Managerial competences in public organisations: the healthcare professionals' perspective. BMC Health Serv Res., v. 20, n. 1, p. 303, 2020.

FATTAHI, H.; ABOLGHASEM, GORJI, H.; BAYAT, M. Core competencies for health headquarters: a systematic review and meta-synthesis. BMC Public Health., v. 20, n. 1, p. 81, 2020.

FÁVERO, N. O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado. Ribeirão Preto, 1996. Tese de livre-docência. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto de São Paulo.

FAYOL, H. Administrador industrial e geral, São Paulo. Atlas 1950.

FERNANDES, B.H. Competências e Desempenho Organizacional. São Paulo: Saraiva, 2016.

FERRAZ, C.A. A transfiguração da administração em enfermagem. Ribeirão, 1995. 248p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

FRICH, J.C.; BREWSTER, A.L.; CHERLIN, E.J. et al. Leadership development programs for physicians: a systematic review. *J Gen Intern Med*, v. 30, p. 656-674, 2015.

GADOTTI, M. Reading Paulo Freire: His Life and Work. Albany: State University of New York Press, 1994.

GADOTTI, M. Pedagogy of Praxis. A Dialectical Philosophy of Education. New York: State University of New York Press, 1996.

GALVÃO, C.M. Liderança do enfermeiro de centro cirúrgico. Ribeirão Preto, 1990. 69p, dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

GARVIN, D. Construindo a organização que aprende. In. *Gestão do Conhecimento*. Rio de Janeiro: Campus, 2011.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R.; MCKEE, A. Emotional Leadership: Emotions as a Factor in Corporate Success. *Harvard Business Review: 10 Top Articles*. Moscow: Alpina Digital (2015).

GONZALEZ, C.; FAKHARI, P.; BUSEMEYER, J. Dynamic Decision Making: Learning Processes and New Research Directions. *Hum Factors.*, v. 59, n. 5, p. 713-721, 2017.

GUERRERO, E.G.; FRIMPONG, J.; KONG, Y.; FENWICK, K.; AARONS, G.A. Advancing theory on the multilevel role of leadership in the implementation of evidence-based health care practices. *Health Care Manage Rev.*, v. 45, n. 2, p. 151-161, 2020.

KEIJSER, W.A et al. “Development of a national medical leadership competency framework: the Dutch approach.” *BMC medical education*, v. 19, n. 441, 2019.

KOTLER, P. Princípios de marketing. 9 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2013.

KOCHE, José Carlos. Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. 20ª. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

LUECKE, R. Estratégia. 4. ed. Tradução de Ryta Magalhães Vinagre. Rio de Janeiro: Record, 2009.

LUI, J.N.M.; JOHNSTON, J.M. Validation of the nurse leadership and organizational culture (N-LOC) questionnaire. *BMC Health Serv Res.*, v. 19, n. 1, p. 46-49, 2019.

LUNDIN, C.; HADZIABDIC, E.; HJELM, K. Condições e limites da interpretação da linguagem em cuidados de saúde de emergência multilíngues e multiculturais. *BMC Int Health Hum Rights*, v. 18, n. 1, p. 23, 2018.

MARANALDO, D. *Estratégia para a Competitividade*. São Paulo: Produtivismo, 1989.

MARTINS, G; LINTZ, A. *Guia para elaboração de Monografias e Trabalho de Conclusão de Curso*. São Paulo: Atlas, 2000.

MARX, Lore Cecília. *Competências Gerenciais na Enfermagem*. São Paulo, BH Comunicação, 2000.

Minitab Reference Manual, release 14. Minitab Inc., State College, PA, USA, 2003.

NETO, E.R. *Análise SWOT – Planejamento estratégico para análise de implantação e formação de equipe de manutenção em uma empresa de segmento industrial*. 2011. 41f. Monografia (Pós-Graduação em Gestão Estratégica da Manutenção, Produção e Negócios) – Faculdade Pitágoras, São João Del Rei, 2011.

OLIVEIRA, D.P.R. *Planejamento estratégico – conceitos, metodologia e prática*. 28 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

PHILLIPS-WHITE, N.; MOTOMOKE, E.; NKOSI, F. et al. Leading from all levels: building supply chain leadership capacity in Equateur Province, Democratic Republic of Congo. *BMJ Glob Health.*, v. 4, n. 5, p. 17-56, 2019.

RAO, B.B.; VADLAMANNATI, K.C. Globalization and growth in the low income African countries with the extreme bounds analysis. *Economic Modelling*, v. 28, p. 795-805, 2011.

RESHETNIKOV, V.A.; TVOROGOVA, N.D.; HERSONSKIY, I.I.; SOKOLOV, N.A.; PETRUNIN, A.D.; DROBYSHEV, D.A. Leadership and Emotional Intelligence: Current Trends in Public Health Professionals Training. *Front Public Health.*, v. 7, p. 413, 2020.

Revista Enfermagem Atual, ano 2, vol. 2, nº 10, Julho/Agosto - 2002 "Mesa Redonda: Administração em Enfermagem".

Revista Estudos em Liderança, vol. 6, no. 1, Julho/Dezembro – 2004 "Um Novo Paradigma em Liderança".

RICHARD, K.; NOUJAIM, M.; THORNDYKE, L.E.; FISCHER, M.A. Preparing Medical Students to Be Physician Leaders: A Leadership Training Program for Students Designed and Led by Students. *MedEdPORTAL.*, v. 15, p. 108-163, 2019.

SAMIMI, P.; JENATABADI, H.S. Globalization and economic growth: empirical evidence on the role of complementarities. *PLoS One.*, v. 9, n. 4, p. 878, 2014.

SASAKI, H.; YONEMOTO, N.; MORI, R.; NISHIDA, T.; KUSUDA, S.; NAKAYAMA, T. Assessing archetypes of organizational culture based on the Competing Values Framework: the experimental use of the framework in Japanese neonatal intensive care units. *Int J Qual Health Care.*, v. 29, n. 3, p. 384-391, 2017.

SCHEIN, E.H. *Organizational Culture and Leadership*; Vol. 2. New Jersey, USA: John Wiley & Sons, 2010.

SHEA CM, JACOBS SR, ESSERMAN DA, BRUCE K, WEINER BJ. Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. *Implement Sci.*, v. 9, 2014.

SIEN, II. Simpósio Internacional de Enfermagem. Curso Pré-Congresso: Modelo de Enfermagem – Decisão Compartilhada, 2003.

SILVA, A. What is leadership? *J Bus Stud Q.*, v. 8, n. 1, p. 3-5, 2016.

SOUBA, W.W. O ser de liderança. *Philos Ethics Humanit Med.*, v. 5, n. 5, 011.

STOGDILL, R. M. *Handbook of leadership*, n.7, Macmillan/ Free Press, 1974.

STORKHOLM, M.H.; MAZZOCATO, P.; SAVAGE, M.; SAVAGE, C. Money's (not) on my mind: a qualitative study of how staff and managers understand health care's triple aim. *BMC Health Serv Res.*, v. 17, n. 98, 2017.

STORKHOLM, M.H.; MAZZOCATO, P.; TESSMA, M.K.; SAVAGE, C. Assessing the reliability and validity of the Danish version of Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC). *Implement Sci.*, v. 13, n 1, p. 78, 2018.

TACHIZAWA, Takeshy, MENDES, Gildásio. *Como fazer monografia na prática - 7ª. Edição, Ver. Atual*, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

TOFFLER, A. A. *Terceira Onda*. Rio de Janeiro: Record, 1980.

TREVISAN, M.A. *Liderança do Enfermeiro: o ideal e o real no contexto hospitalar*. São Paulo: Sarvier, 1993.

VAINIERI, M.; FERRÈ, F.; GIACOMELLI, G.; NUTI, S. Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference. *Health Care Manage Rev.*, v. 44, n. 4, p. 306-317, 2019.

VALCÁRCEL, M.; LUCENA, R. A quantitative model to assess Social Responsibility in Environmental Science and Technology. *Sci Total Environ.*, v. 3, p. 40-46, 2014.

VERGARA, Sylvia Constant. *Projetos e relatório de pesquisa em administração. 2ª. Ed.* São Paulo: Atlas, 1998.

VISSANDJÉE, B.; SHORT, W.E.; BATES, K. Health and legal literacy for migrants: twinned strands woven in the cloth of social justice and the human right to health care. *BMC Int Health Hum Rights.*, v. 17, n. 10, 2017.

WARREN, B.; GRETCHEN, M.S.; THOMAS, G.C. São Paulo: Futura, 2001.

WEINER, B.J. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci.*, v. 4, p. 67, 2009.

WHEATLEY, M. J. *Liderança e a Nova Ciência*. São Paulo: Cultrix, 1999.

APÊNDICE 1

FORMULÁRIO

Iniciais do nome:

Profissão:

Cargo:

Turno de trabalho:

Tempo de Profissão:

Tempo na Instituição:

Data:

Sexo: M F

Participante de algum grupo de suporte de enfermagem?

Sim

Não

Instrumentos de coleta de dados:

1. Enumere cada competência de liderança por seu grau de competência, considerando sua relação com a Estrutura de Decisão Compartilhada de Enfermagem, segundo a legenda abaixo:

- (1) Discorda fortemente
- (2) Discorda
- (3) Indiferente
- (4) Concorda
- (5) Concorda fortemente

- Conhecimentos aplicados em teorias organizacionais determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.
- Conhecimentos aplicados em sistemas, valores e relacionamentos sociais determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.
- Conhecimentos aplicados em fundamentos éticos e responsabilidade social determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.

- Conhecimentos aplicados em globalização econômica e cultural determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.
- Habilidades em Planejamento e Implementação de Atividades de relações públicas determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.
- Habilidades em desenvolvimento organizacional determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.
- Habilidades em análise, produção e relatos de pesquisa determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.
- Habilidades em alocação de recursos (materiais e financeiros) determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.
- Habilidades em desenvolvimento do ser humano determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.
- Habilidades em diversas estratégias de aprendizagem determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.
- Habilidades em solução de problemas e tomada de decisões determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.
- Conhecimentos aplicados no trabalho em pequenos grupos determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.
- Conhecimentos aplicados em planejamento e implementação de projetos determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.
- Conhecimentos aplicados em interpretação de leis, regulamentos e política determinam a construção do Modelo de Decisão Compartilhada de enfermagem.

2. Analise as atividades profissionais de enfermagem, segundo a legenda abaixo, conforme a sua importância na Estrutura de Decisão Compartilhada de Enfermagem:

- (1) Discorda fortemente
- (2) Discorda
- (3) Indiferente
- (4) Concorda
- (5) Concorda fortemente

- Gerenciamento compartilhado de enfermagem é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Realização de procedimentos de enfermagem é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Recebimento e passagem de plantão é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Elaboração e/ou aplicação de normas e rotinas é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Participação em serviços administrativos é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Participação em seminários, simpósios, cursos... é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Elaboração de artigos científicos, livros... é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Pós-graduação é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Participação em atividades políticas é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Trabalho em equipe e em pequenos grupos é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Participação em pesquisas científicas é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Treinamentos e aperfeiçoamento profissional é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Conhecimento de informática é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Planejamento de projetos é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.

- Conhecimento do código de ética de enfermagem é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Preocupação com o desenvolvimento da equipe de trabalho é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Capacidade de resolução de problemas é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Conhecimento dos equipamentos tecnológicos utilizados na assist. de enfermagem é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Organização da unidade de trabalho é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Elaboração da escala de serviço é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Avaliação de desempenho do funcionário é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Prescrição de Enfermagem é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Tomada de decisão rápida na assistência de enfermagem é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Educação em saúde ao paciente e familiares é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.
- Previsão e provisão de materiais e equipamentos é importante para garantir o sucesso do Modelo de Decisão Compartilhada.

3. Assinale com X a(s) palavra(s) que caracteriza o impacto do Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem em um Hospital de Grande Porte do município de São Paulo:

- Ótimo
- Bom
- Ruim

Justifique sua resposta acima. Porque o Modelo de Decisão Compartilhada...

- Permite o crescimento profissional
- Facilita a assistência de enfermagem
- Facilita a comunicação interdisciplinar
- Dificulta a relação Líder / Liderado
- Dinamiza as ações
- Cria obstáculos burocráticos para resolver problemas
- Modelo alternativo na proposta de liderança nos serviços de enfermagem
- Descaracteriza a visão de gerência de enfermagem

4. Marque a(s) característica(s) que você acredita ser importante(s) ao Enfermeiro no Gerenciamento Compartilhado de Enfermagem

- Um acadêmico importante que sempre busca conhecimentos em sua área de atuação.
- Um comunicador efetivo que desenvolve habilidades no relacionamento interpessoal e multiprofissional.
- Um organizador efetivo.
- Um pesquisador reflexivo.
- Um profissional competente.
- Um consultor colaborador.

APÊNDICE 2: Consentimento InformadoSão Paulo-SP. / / **Prezado(a) colega,**

Meu nome é John Wesley Nascimento Veloso, enfermeiro assistencial da UTI Adulto do Hospital Israelita Albert Einstein e Mestrando em Liderança pela Universidade de Santo Amaro. Meu trabalho de pesquisa é sobre Liderança Empresarial e, agora, após consentimento do Comitê de Ética em Pesquisa do HIAE e aprovação do IEP, estou na fase de coleta de dados para conclusão do Projeto de Pesquisa, cujo tema é: “Um estudo do comparativo entre as Competências de Liderança e o Modelo de Decisão Compartilhada de um Hospital de grande porte no município de São Paulo”, sob a orientação da Profa. Dra. Teresinha Covas Lisboa.

Este estudo tem por objetivo identificar na Gerência Compartilhada de Enfermagem as Competências de Liderança do CTI de um hospital de grande porte do município de São Paulo, avaliar o nível de regulamentação desse modelo de gerência e analisar o seu grau de contribuição no processo de qualidade da assistência ao paciente. Os dados serão coletados através de um questionário autoaplicável.

Nesse momento, venho solicitar a colaboração e participação de todos através do preenchimento do instrumento de coleta de dados que será preenchido quando entrevistados pelo pesquisador. Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, dessa pesquisa, a qual não lhe oferece diretamente benefícios e nem riscos envolvidos. Os resultados da pesquisa contribuirão na análise do Modelo Gerencial de enfermagem adotado pelo HIAE e, conseqüentemente, na busca da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente/cliente.

Sua participação é voluntária e pode desistir a qualquer momento da etapa da pesquisa. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Essa pesquisa garante-lhe sigilo das informações coletadas e de sua identidade. Não há despesas, ressarcimento ou indenizações em sua participação. Estarei em campo de pesquisa nas unidades do CTI, nos turnos manhã, tarde, e noite para realizar a entrevista por pauta com preenchimento de um questionário.

A divulgação do resultado da análise será realizada sob a forma de trabalho científico, com divulgação em eventos e periódicos científicos em âmbito nacional e internacional. Quaisquer dúvidas ou maiores esclarecimentos coloque-me à inteira disposição ou pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HIAE no ramal 50291.

John Wesley Nascimento Veloso
(Mestrando)

Fone: (0xx11) 5523-3089; (0xx11) 98583-2635

e-mail: johnwesleyveloso@yahoo.com.br

Assim, tendo lido e entendido concordo em participar.

Local e Data: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 3: E-BOOK DAS COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA

E-BOOK DAS COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA – Utilizando ferramentas que ajudam a atingir resultados que promovem a qualidade na assistência à saúde:

ESCORE DO DESEMPENHO NAS COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA:

***ATENDE ACIMA DO ESPERADO ÀS COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA** – Acima de 9 Competências de Liderança.

PLANO DE AÇÃO I: Acompanhamento do desempenho admissional por 3 meses inicialmente. E feedback anual na avaliação de desempenho. Planejar com o Setor de Educação Continuada, atividades e cursos de capacitação nas Competências de Liderança menos desenvolvidas.

***ATENDE PARCIALMENTE ÀS COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA** – Entre 5 a 9 Competências de Liderança.

PLANO DE AÇÃO II: Treinamento junto ao Serviço de Educação Continuada, cursos e oficinas para possibilitar o processo de compreensão e adesão às Competências de Liderança. Feedback anual, uma vez admitido.

*** NÃO ATENDE AO ESPERADO MÍNIMO DAS COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA** – Até 4 Competências de Liderança.

PLANO DE AÇÃO III: Elaborar de forma construtivista pontos de melhoria que permitam o aprendizado às Competências de Liderança. Possibilidade de reavaliar após 1 ano, se interesse do avaliado.

E-BOOK DAS COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA			
COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA	ATENDE	NÃO ATENDE	OBSERVAÇÃO
Teorias Organizacionais			
Fundamentos Éticos e Responsabilidade Social			
Sistemas, Valores e Relacionamentos Sociais			
Globalização Econômica e Cultural			
Planejamento e Implementação de Atividades de Relações Públicas			
Desenvolvimento Organizacional			
Desenvolvimento do Ser Humano			
Alocação de Recursos (materiais e financeiros)			
Resolução de Problemas e Tomada de Decisões			
Diversas Estratégias de Aprendizagem			
Análise, Produção e Relatos de Pesquisa			
Trabalho em Pequenos Grupos			
Planejamento e Implementação de Projetos			
Interpretação de Leis, Regulamentos e Política			
			RESULTADO
I - ATENDE ACIMA DO ESPERADO	> 9 COMPETÊNCIAS	PLANO DE AÇÃO I	()
II - ATENDE PARCIALMENTE	5-9 COMPETÊNCIAS	PLANO DE AÇÃO II	()
III - NÃO ATENDE AO ESPERADO MÍNIMO	ATÉ 4 COMPETÊNCIAS	PLANO DE AÇÃO III	()
PLANO DE AÇÃO I: ACOMPANHAMENTO DO DESEMPENHO ADMISSIONAL POR 3 MESES INICIALMENTE. E FEEDBACK ANUAL NA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO. PLANEJAR COM O SETOR DA EDUCAÇÃO CONTINUADA, ATIVIDADES E CURSOS DE CAPACITAÇÃO NAS COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA MENOS DESENVOLVIDAS.			
PLANO DE AÇÃO II: TREINAMENTO JUNTO AO SERVIÇO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA, CURSOS E OFICINAS PARA POSSIBILITAR O PROCESSO DE COMPREENSÃO E ADESÃO ÀS COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA. FEEDBACK ANUAL, UMA VEZ ADMITIDO.			
PLANO DE AÇÃO III: ELABORAR DE FORMA CONSTRUTIVISTA PONTOS DE MELHORIA QUE PERMITAM O APRENDIZADO ÀS COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA. POSSIBILIDADE DE REAVALIAR APÓS 1 ANO, SE INTERESSE DE INGRESSAR.			

AVALIADO: _____

AVALIADOR: _____ DATA: ____ / ____ / ____

ANEXO 1: GLOSSÁRIO

Administração Participativa: Conjunto de sistemas, condições organizacionais e comportamentos gerenciais que provoca e incentiva a participação de todos, alcançando o total comprometimento com os resultados.

Competências: Habilidades técnicas e conhecimento científico aliados às características pessoais.

Cultura Organizacional: Sistema de crenças e valores, tradições e hábitos, uma forma aceita e estável de interações e de relacionamentos sociais típicos de cada organização.

Desenvolvimento: Processo lento e gradativo de mudança que conduz ao exato conhecimento de si próprio e à plena realização de suas potencialidades.

Desenvolvimento Organizacional: É uma resposta da organização às mudanças.

Enfermagem: Área da saúde voltada ao planejamento, avaliação, aplicabilidade da assistência ao paciente, acompanhamento e execução de medidas profiláticas e curativas, com objetivo de garantir o processo da saúde.

Ética: Estudo da obrigação moral ou a separação do certo e do errado. Estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal.

Globalização: Constitui a integralização mundial dos fatores de produção, em busca da eficiência e eficácia tendo como objetivo a satisfação total do consumidor final. Significa tornar alguma coisa global, totalizada.

Grupo de suporte: Equipe de Enfermagem voltada ao estudo, aplicabilidade, acompanhamento e avaliação dos cuidados de enfermagem ao paciente.

Lei: É o preceito que deriva do Poder Legislativo, com seguimento de normas e regras em conformidade com a ordem.

Liderança Compartilhada: Constitui a prática da Administração Participativa voltada a cumprimento de objetivos trabalhados pela equipe envolvida.

Missão: Meta a ser alcançada dentro de um determinado prazo.

Organização: Coordenação de diferentes atividades de contribuintes individuais. Atua num determinado meio ambiente e sua existência e sobrevivência dependem

da maneira como se relaciona com o meio.

Planejamento: É uma das principais funções administrativas. É o processo de estabelecer metas, objetivos e conceber como atingi-los.

Políticas: É o plano de ação; maneira hábil de agir.

Regulamento: É a disposição oficial com que se explica a execução de uma lei.

Responsabilidade Social: É a ideia de que as empresas possuem obrigações econômicas, éticas, político-sociais junto aos usuários dos bens e serviços. É a capacidade de entendimento ético-jurídico na sociedade.

Teoria Organizacional: Elenco de procedimentos formais necessários à manutenção, ao crescimento e desenvolvimento das organizações.

Tomada de Decisão: É um processo cognitivo complexo, frequentemente definido como a escolha de uma determinada linha de ação.

Visão: Objetivo vislumbrado por um grupo, empresa ou pessoa individualmente.