

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

André Nobre de Oliveira

**ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NOS DESAFIOS DA GERENCIA DE SERVIÇO DE
ENFERMAGEM DE UMA REDE HOSPITALAR FILANTRÓPICA**

Rio de Janeiro - RJ

2018

ANDRÉ NOBRE DE OLIVEIRA

**ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NOS DESAFIOS DA GERÊNCIA DE SERVIÇO DE
ENFERMAGEM DE UMA REDE HOSPITALAR FILANTRÓPICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora: Professora Dr^a. Beatriz Gerbassi Costa Aguiar.

Linha de pesquisa: O Cotidiano da Prática do Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e Ensinar.

RIO DE JANEIRO – RJ

2018

N48 NOBRE DE OLIVEIRA, ANDRÉ
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NOS DESAFIOS DA GERÊNCIA
DE SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE UMA REDE HOSPITALAR
FILANTRÓPICA / ANDRÉ NOBRE DE OLIVEIRA. -- Rio de
Janeiro, 2018.
62

Orientador: BEATRIZ GERBASSI COSTA AGUIAR.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2018.

1. ENFERMAGEM. 2. GERÊNCIA . 3. ESTRATÉGIAS E
DESAFIOS. 4. MOVIMENTO DE TEORIAS E MODELOS DE
ADMINISTRAÇÃO. I. GERBASSI COSTA AGUIAR, BEATRIZ ,
orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que é minha fonte de forças e ânimo em todos os dias da minha vida.

A minha amada esposa, Elen, que sempre me apoiou em minha jornada acadêmica e profissional.

Aos meus pais, Antônio e Maura, por serem a minha base. **Às minhas irmãs**, Adriana e Andréia, que sempre acompanham e torcem por meu sucesso.

À minha querida orientadora, Beatriz Gerbassi, por sua paciência e dedicação comigo. Seus ensinamentos me acompanharão por toda a minha vida.

Ao diretor do Hospital Adventista Silvestre, Dr. Ranieri, por seu apoio e confiança.

Às amigas gerentes de enfermagem da rede pesquisada, que sempre apoiaram a pesquisa e sempre estiveram solícitas durante a pesquisa.

Aos professores da UNIRIO que fazem parte do PPGENF, que me acolheram como parte da família. Em especial, **às professoras** Inês Maria Meneses dos Santos e Gisélia Lombardo Pereira e **ao professor** Fernando Porto.

Ao Professor Alexandre Ernesto Silva. Pelo apoio na participação da Banca de Defesa.

Aos meus companheiros Gerentes de Enfermagem do Brasil, que sempre buscam uma enfermagem de qualidade e excelência.

Aos meus amigos, que sempre torcem por meu sucesso.

RESUMO

OLIVEIRA, A. N. **Estratégias utilizadas nos desafios da gerência de serviço de enfermagem de uma rede hospitalar filantrópica. 2018. 62 f.** Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Objetivo: O estudo tem como Objetivos: Identificar os desafios vivenciados pelo Enfermeiro Gerente de Serviço de Enfermagem de hospitais de uma rede filantrópica no Brasil; Conhecer as estratégias utilizadas pelo Enfermeiro Gerente na ocorrência dos Desafios vivenciados e Discutir as relações que se estabelecem entre os desafios vivenciados e as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros Gerentes do Serviço de Enfermagem dos hospitais de uma rede filantrópica. **Metodologia:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma rede hospitalar filantrópica do Brasil: um hospital geral porte 1 no estado do Rio de Janeiro no município de Itaboraí; um hospital geral porte 2 no município de Belém/PA; um hospital geral, porte 3, no município de Manaus/AM,; um hospital geral porte 1 no município de São Paulo/SP. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi estruturadas com as Gerentes de Serviço de Enfermagem, em horário e local definido, através de vídeo conferencia gravada. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os dados do estudo evidenciaram que 100% dos participantes foram do gênero feminino, o tempo de experiência profissional variou de 05 a 10 anos; a faixa etária entre 30 e 40 anos, 100% se formados em universidades privadas; 100% com experiências anteriores na assistência de enfermagem hospitalar e, por período maior que 2 anos na função de Gerente de Serviço de Enfermagem hospitalar. Em relação as especializações, 75% dos entrevistados com especialização lato senso na área de gestão em saúde ou hospitalar, 25% com formação stricto senso. Após a análise dos resultados emergiram três categorias: O dimensionamento de profissional de enfermagem; o desempenho dos profissionais de enfermagem, e o relacionamento da equipe multiprofissional. Foram evidenciados desafios e estratégias utilizadas pelos Gerentes de Serviço de Enfermagem, a complexidade das ações na área de atuação, que requer um profissional cada vez mais preparado tecnicamente, cientificamente e com criatividade em seu planejamento e execução. O relacionamento interpessoal se revelou importante, na equipe multiprofissional para uma gestão de eficiência e eficácia. **Discussão:** o estudo traz os desafios vivenciados pelas Enfermeiras Gerentes de Serviços de Enfermagem e as estratégias relacionadas na condução do processo de solução, baseado em experiências vivenciadas.

Descritores: Enfermagem. Administração. Hospitalar.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS	Modified Early Warning Score (Pontuação de aviso prévio modificada)
BLS	Suporte Básico de Vida (SBV ou BLS) para Profissionais de Saúde.
BOURNOUT	Esgotamento físico e mental intenso;
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTI	Centro de Terapia Intensiva
FADBA	Faculdade Adventista da Bahia
FIAM	Federação das Indústrias do Amazonas
Hospital Pequeno Porte	01 a 50 leitos
Hospital de Médio Porte	51 a 150 leitos
Hospital Grande Porte	151 a 500 leitos
MEWS	Modified Early Warning Score (Pontuação de aviso prévio modificada)
Nursing Activities Score (NAS)	Pesquisa Atividades de Enfermagem (Instrumento Medição Carga de trabalho em CTI)
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPME	Orteses Proteses e Materiais Especiais
PALS	SUPORTE AVANÇADO À VIDA EM PEDIATRIA. O PALS (Pediatric Advanced Life Support)
PE	Prontuário Eletrônico
PEC	Perfil Estruturado por Competências
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SOBRATI	Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva
UNASP	Universidade Adventista de São Paulo
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	10
2 ABORDAGEM TEÓRICA.....	14
3 METODOLOGIA.....	22
4. RESULTADOS.....	25
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	477
PRODUTOS ALCANÇADOS.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	57
APÊNDICE 2 - Termo de autorização para realizar o estudo.....	59
APÊNDICE 3 - TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO	611
APÊNDICE 4 - Instrumento para Entrevista.....	62
ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO CEP-UNIRIO.....	63

APRESENTAÇÃO

Em julho de 2007, no Estado de São Paulo, concluí a graduação em Enfermagem na Universidade Adventista. Neste mesmo ano, iniciei o exercício profissional na unidade assistencial do Hospital Santa Casa de Misericórdia, da cidade de Lins, em São Paulo. Logo a seguir, o Diretor do hospital, convidou-me a assumir a função de Gestor de Qualidade. Nesta época, atuei como Gerente direto das áreas de apoio, como Lavanderia, Manutenção, Higienização.

Outrossim, realizei cursos de Pós-Graduação: 2012 em Terapia Intensiva; Curso de Avaliador Pleno da Federação das Indústrias do Amazonas (FIAM); Avaliador da ONA em 2012, Docência do Ensino Superior na Universidade Adventista de São Paulo em 2015 (UNASP), Auditoria de Contas Hospitalares e Administração Hospitalar, ambos na Faculdade Adventista da Bahia em 2016 (FADBA) e Mestrado Profissional na Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI) em SP.

Ocupei o cargo de Gerente de Enfermagem em outras três instituições hospitalares. Inicialmente, na Santa Casa de Marília /SP por um ano, no Hospital Adventista de Manaus/AM por 3 anos e, de 2013 a 2018 no Hospital Adventista Silvestre/RJ por 5 anos. Durante este período, nas diversas instituições onde atuei participei das certificações de ISO 9001, 5S e ONA (Organização Nacional de Acreditação).

Ao articular minha trajetória na área de gestão hospitalar e o interesse de desenvolver conhecimentos que melhorem a prática profissional de Gerentes de Enfermagem, participei do processo de seleção para o Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), com o projeto de pesquisa: “Estratégias utilizadas nos desafios da Gestão de Enfermagem de uma rede hospitalar filantrópica”, inserido na área de pesquisa: O Cotidiano da Prática do Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e Ensinar do Programa de Pós graduação da UNIRIO.

1. INTRODUÇÃO

O enfermeiro é o profissional de contato com o outro, seja no exercício da arte de cuidar, seja na gestão de equipes, solucionando conflitos, praticando a equidade na tomada de decisões, norteando-se pela ética e lei do exercício profissional (TREVISAN, 1993).

A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade consiste no cuidado ao ser humano: individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação. Se responsabiliza pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes, seja na assistência *in loco*, coordenando setores ou promovendo a autonomia dos pacientes mediante a educação em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

O enfermeiro, segundo Chiavenato (2006) exerce a gerência influenciado pelo movimento das relações humanas, no contexto das teorias administrativas, apoia a discussão acerca da liderança e da comunicação na formação da enfermagem, com comportamento e posições bem definidas institucionalmente, com foco em normas e regras.

O enfermeiro assume cada vez mais responsabilidades administrativas na gerência de unidades de Enfermagem nos estabelecimentos de saúde e, na gerência da assistência ao paciente.

Os estilos de liderança classificados por White e Lippitt são basicamente três: autocrático, democrático e liberal (*laissez-faire*). Na liderança democrática, o líder estimula, assiste o grupo que discute e decide as diretrizes a serem tomadas, conduzindo-os por meio de aconselhamento técnico. A liderança do tipo liberal concede ao grupo a liberdade na tomada de decisões. Já a liderança autocrática define o líder como o explorador dos liderados, estimulando a submissão do grupo às decisões gerenciais (CHIAVENATO, 2006).

É necessário que o profissional enfermeiro, principalmente o gestor, volte a sua ação não apenas para a organização e para o controle dos processos de trabalho, mas também, para a apreensão e satisfação de saúde da população, utilizando ferramentas da qualidade que possibilitem a melhor compreensão da dimensão técnica, comunicativa e do desenvolvimento da cidadania, tanto dos

clientes que utilizam os serviços de saúde, como dos trabalhadores da enfermagem. São alguns exemplos: PDCA, Espinha de Peixe, Indicadores de Qualidade assistencial e avaliação de atendimento (FELLI et al., 2011).

Kurcgant (2013) enfatiza que, na maioria das vezes, as chefias de enfermagem assumem um papel administrativo focado em interesses da Instituição e que o empenho do enfermeiro se sobrepõe ao dos demais trabalhadores, caracterizando um processo de dominação, impessoalidade e relações hierárquicas com ênfase na comunicação verticalizada.

A coordenação da assistência prestada pela equipe de enfermagem é uma aplicação da lei do exercício profissional de enfermagem, já que esta defende essas atividades como privativas do enfermeiro (VALENÇA, 2016).

Conforme o artigo 11 da Lei Nº 7.498/86 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional, o enfermeiro deve exercer todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe privativamente: a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica das instituições de saúde públicas e privadas, e a chefia do serviço e de unidade de enfermagem. Cabe a este, ainda, a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras de serviços, além do planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, sendo estas atribuições complexas e de grande responsabilidade deste profissional (COFEN, 2017).

Cabe ao enfermeiro, orientar novas condutas e buscar a participação da equipe na construção de planos e projetos, servindo de inspiração para que haja seguidores dispostos a trilhar seus caminhos.

Os serviços de saúde são avaliados, constantemente, por seu desempenho assistencial, seja por auditorias da vigilância sanitária, por conselhos de classe ou por Organizações Acreditoras. Cabendo ao corpo técnico atualização constante e a busca por melhoria contínua de seus colaboradores.

Nesse contexto, a busca contínua por metas e certificações, no planejamento estratégico para estabelecer metas de curto, médio, e longo prazo, para cumprimento do orçamento previsto na unidade. Com tantas metas a serem alcançadas, o profissional precisa encontrar o equilíbrio no que se refere as atividades assistenciais e administrativas. Isto é um grande desafio para o gestor de enfermagem.

Dessa forma, o olhar para a gerência deve refletir a mudança, no sentido de confrontar com a ambiguidade, assistência e administração, buscar meios de enfrentar alterações rápidas e complexas e compreender a necessidade de adequação aos desafios do dia a dia. Muitas vezes, as melhorias demandam tempo, por depender de capacitação, treinamento adequado da equipe e de recursos financeiros.

Nesse contexto, a gerência de enfermagem precisa equacionar os desafios advindos de inovações e mudanças, necessitando, portanto, de estratégias eficazes em seus diversos âmbitos de atuação, exigindo um profissional com conhecimentos técnicos/científicos. Percebe-se, portanto, a importância da discussão dos aspectos das estratégias para o gerenciamento da Assistência de Enfermagem, a fim de se atingir as metas de melhoria na instituição.

Neste contexto, a enfermagem busca a qualidade de serviços oferecidos a um cliente cada vez mais exigente e uma prestação de serviços com qualidade e segurança. O objeto deste estudo são as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros Gerentes nos desafios vivenciados em hospitais em uma rede filantrópica no Brasil.

Para o desenvolvimento do estudo, foram formuladas as questões norteadoras:

- Quais são os desafios vivenciados por Enfermeiros Gerentes de Serviço de Enfermagem de Hospitais de uma Rede Filantrópica do Brasil?
- Quais as estratégias utilizadas por estes Gerentes de Serviço de Enfermagem diante dos desafios vivenciados?

O estudo tem como Objetivos:

- Identificar os desafios vivenciados pelo Enfermeiro Gerente de Serviço de Enfermagem de hospitais de uma rede filantrópica no Brasil;
- Conhecer as estratégias utilizadas pelo Enfermeiro Gerente na ocorrência dos Desafios vivenciados;
- Discutir as relações que se estabelecem entre os desafios vivenciados e as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros Gerentes do Serviço de Enfermagem dos hospitais de uma rede filantrópica;

A necessidade constante de solucionar problemas oriundos do ambiente de trabalho aliada à busca pela satisfação profissional, é um fato vivenciado pelos enfermeiros que atuam a nível gerencial na contemporaneidade. Ao se deparar com a rotina das instituições de saúde, muitos nem sempre conseguem realizar com êxito a função que é de sua competência, quer seja pela falta de habilidade ou pela insegurança em desempenhar determinadas ações, ocasionadas pela falta de conhecimento, gerando situações que causam angústia e ansiedade.

O estudo aborda desafios da gerência como subsídios para os Enfermeiros refletirem e promoverem uma discussão com os Enfermeiros em formação sobre a abrangência da ação do Gerente de Serviço de Enfermagem no ambiente micro e macro hospitalar.

Em relação à pesquisa, o estudo pretende contribuir para a construção do conhecimento científico sobre a temática, na linha de pesquisa: “O cotidiano da Prática de Cuidar e ser cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar”, do Programa do Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

2. ABORDAGEM TEÓRICA

Foram utilizadas leituras complementares com referência ao estudo para dar consistência na discussão dos resultados. O estudo focaliza Teorias e Modelos de Administração, considerando a diversidade do tema. Assim foram abordados os itens: Movimento das Teorias e Modelos de Administração; A Gerência do Serviço de Enfermagem.

Movimentos das Teorias e Modelos de Administração

Na segunda metade do século XIX, o modelo de Florence Nightingale, na Inglaterra, influenciada pela lógica de organização do trabalho, instituiu a divisão entre trabalho intelectual e manual e a hierarquização no trabalho da enfermagem, ainda tão presente em nossos dias. A enfermeira passou a desempenhar a função de gerente centralizadora do saber, dominou o processo de trabalho de enfermagem e delegou atividades parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem (MATOS; PIRES, 2006).

Em sua obra, Florence Nightingale valorizava a disciplina e o treinamento e afirmava:

A disciplina é a essência do treinamento; e o treinamento significa ensinar a enfermeira a conhecer todo seu trabalho, que é observar com exatidão, compreender, saber exatamente, fazer, contar exatamente, nos estupendos problemas de vida e de morte, saúde e doença. Treinamento é capacitar a enfermeira para agir da melhor forma na execução de ordens. Não como uma máquina, mas como uma enfermeira (...) Treinamento é torná-la não servil, mas fiel às ordens médicas e de autoridades. Verdadeira fidelidade às ordens não pode ser sem o independente senso de energia e de responsabilidade (...) Treinamento é ensinar a enfermeira como executar as atividades sob nosso controle que restauram a saúde e a vida (NULINGE DOCK citado por ALMEIDA; ROCHA, 1989, p. 45).

O conhecimento científico é alicerçado em um saber interdisciplinar conferido pelo estudo das ciências médicas, sociais e comportamentais. As práticas são resultado do cuidado ao paciente e da administração dos hospitais. Florence construiu um estilo de pensamento que demarcou o despertar da enfermagem moderna para a utilização de normas, rotinas e regulamentos, possibilitando ao exercício da enfermagem o uso de métodos e ferramentas que se fundamentam em procedimentos técnicos e de treinamento.

A partir da lógica da racionalidade capitalista e com o nascimento da enfermagem moderna de Florence Nightingale, a quem Trevisan (1988) destaca

como a primeira administradora de serviços de enfermagem, houve uma organização geral dos hospitais, em especial dos serviços de enfermagem. Simultaneamente, abraçando as tendências *Nightingaleanas*, a enfermagem institucionalizou-se com a função primeira de “implementar a organização racional do trabalho” (FERRAZ, 1995, p.17) e assim o fez, em princípio, no interior dos hospitais.

No início do século XX, a administração evoluiu lentamente. O surgimento e a consolidação da economia capitalista industrial ocorreu de forma bem gradual. Iniciou-se o declínio das bases do sistema feudal, seguido do surgimento da produção de manufaturas e das corporações de ofício, o que gerou uma conseqüente emergência da burguesia mercantil como classe dominante e a consolidação do Estado Absolutista apoiado por ela. Percebendo que o poder real e absoluto dos monarcas emperrava seu crescimento, essa mesma burguesia passou a defender teorias do liberalismo econômico até consolidar seu poder (CERVANTES et al., 2005).

Segundo Knapik, 2005, p. 28 os princípios da administração científica de Taylor são:

Planejamento; substitui o trabalho que era realizado segundo os critérios de cada funcionário pelos métodos científicos, a improvisação pelo planejamento e padronização do método;

Preparo; seleciona os trabalhadores de acordo com suas aptidões para desenvolvê-las para que produzam mais e melhor de acordo com o que foi planejado. Dispõe o layout das máquinas e ferramentas de produção de forma racional e prática;

Controle; a gerência deve dar suporte aos trabalhadores e certificar-se se que o trabalho está sendo feito de acordo com os procedimentos estabelecidos pelo planejamento;

Execução; transmitir e dividir responsabilidades e tarefas entre os trabalhadores de forma que o trabalho fique mais organizado e funcional.

Exceção; as ocorrências que acontecem dentro dos padrões não devem chamar a atenção do gerente, mas as que ocorrem fora desses procedimentos devem alertá-lo, para que possa corrigir as falhas.

Com o advento da revolução industrial, surgiu um novo modo de produção. O trabalho coletivo, a perda do controle do processo de produção pelos trabalhadores e a compra e venda da força de trabalho foram as características que se destacaram. Com isso, no fim do século XIX e início do século XX, foi possível observar os primeiros trabalhos tratando da administração com o foco na racionalização do trabalho (MATOS, PIRES, 2006).

Motta e Vasconcellos (2006) apontam que Taylor discorre em seu primeiro livro, “Os Princípios da Administração Científica”, que a organização é comparada a uma máquina, a qual é orientada por um projeto pré-definido; o valor da remuneração é importante, porém não é crucial para a satisfação dos funcionários. A organização é vista de forma individualizada, desvinculada de seu mercado; a especialização do funcionário passa a ser insignificante, uma vez que as tarefas são executadas de modo repetitivo e estático. Conseqüentemente, a administração científica apropria-se da exploração dos funcionários em prol dos interesses financeiros das empresas.

Cirelli e Lopes (2010) ressaltam que os princípios de Taylor estão pautados na divisão correta do trabalho, nas padronizações, no passo-a-passo da linha produtiva, no controle de tempo e determinação de tarefas específicas para que cada funcionário possa, então, desempenhá-las.

Huston (2010) ampliou as funções do administrador, sendo elas: planejamento, organização, recrutamento de pessoal, direção, coordenação e elaboração de relatório de orçamentos, valorizando assim a divisão e coordenação do trabalho:

A tarefa do administrador deve ser realizada cada vez menos através da coerção e cada vez mais pela persuasão. Em outras palavras, a administração do futuro deve olhar mais para a liderança e menos para a autoridade como principal mecanismo de coordenação (HUSTON, 2010)

Kurcgant (2013) enfoca que Fayol, em seus postulados, utilizou as seguintes definições: administrar é prever, organizar, comandar, coordenar e controlar. Prever é perscrutar o futuro e traçar o programa de ação. Organizar é constituir o duplo organismo, material e social da empresa. Comandar é dirigir o pessoal. Coordenar é ligar, unir e harmonizar todos os atos e todos os reforços. Controlar é velar para que tudo corra de acordo com as regras estabelecidas. Nesse período, o foco não se estruturava somente na divisão do trabalho em âmbito individual, porém, na divisão no âmbito dos órgãos integrantes da organização, surgindo então, a divisão horizontal, conhecida posteriormente como departamentalização.

Max Weber, renomado sociólogo alemão, possibilitou outra abordagem acerca da administração, com o estudo de organizações em larga escala. Weber identificou a necessidade de uma autoridade legal e formal e de regras e regulamentos sólidos para os trabalhadores em seus diferentes cargos. Nessa visão,

a Burocracia foi exposta como um plano organizacional. Regras, regulamentos e estruturas seriam necessários para aumento da eficiência (KURCGANT, 2013).

Marquis e Huston (2015) apontam que a teoria das relações humanas surgiu entre 1930 e 1970. Mary Parcker Follet, entre 1927 e 1932, apresentou seu estudo com seus colegas de Harvard, no qual descobriu que, quando o administrador dava atenção especial aos trabalhadores, havia um aumento de produtividade, independente das condições do ambiente de trabalho. Além disso, recomendava maior participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão.

A Teoria da Administração Científica iniciada por Frederick W. Taylor (1856 – 1915), o pai da Administração, fundamentou-se na aplicação de métodos da ciência positiva, racional e metódica aos problemas administrativos, a fim de alcançar a máxima produtividade. Essa teoria gerou uma verdadeira revolução no pensamento administrativo e industrial, pois defendia que trabalhadores e administradores estariam satisfeitos se as recompensas financeiras fossem adequadas, o que traria como conseqüência o aumento de produtividade (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Depois desse movimento, as indústrias passaram a valorizar o recurso humano, apreciando o capital intelectual e a necessidade de desenvolver competências e propiciar a satisfação no trabalho, pois é notório que um trabalhador satisfeito promove resultados positivos para crescimento da empresa. Na enfermagem, evidências científicas apontam que um profissional satisfeito com seu trabalho presta uma melhor assistência (LINO, 1999).

A administração de qualidade depende da obtenção de todos os números necessários com relação à produção, ao tempo gasto em tarefas e às especializações nas diversas atividades para cada funcionário em especial. Por intermédio dos estudos de Fayol, identificaram-se as funções administrativas de planejamento, organização, comando, coordenação e controle.

A Avaliação da Qualidade na área de saúde iniciou-se no século XIX, quando foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), o qual estabeleceu, em meados de 1924, o Programa de Padronização Hospitalar – PPH (MARTINS et al., 2013). Esse programa fixou um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Três padrões relacionavam-se à organização do corpo médico, ao exercício da profissão, e ao conceito de corpo clínico; outro preconizava o preenchimento do prontuário, incluindo a história e exames do paciente, bem como as condições da alta; e o último referia-se à

existência de recursos diagnósticos e terapêuticos, além de no mínimo um laboratório clínico para análises e departamento de radiologia.

Esses padrões referiam-se às condições necessárias aos procedimentos médicos. Somente em 1918 foi realizada a primeira avaliação de hospitais nos Estados Unidos. De 692 hospitais com 100 leitos avaliados, apenas 89 cumpriram os padrões preconizados pelo PPH. Em contrapartida, em 1950, o número de hospitais aprovados pela avaliação do PPH chegou a 3290 (FELDMAN; CUNHA, 2006).

A partir daí o CAC iniciou parcerias com Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais para apoio e participação com outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária (ANAIS, 1994).

Com a união destes grupos nos Estados Unidos, em 1951, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH), que, em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação *Joint Commission Accreditation of Hospitals*. Esta era uma empresa de natureza privada, que na ocasião procurou introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a qualidade em nível nacional. Esta “cultura da qualidade” divulgou-se nos espaços acadêmicos e institucionais, o que forçou a aprovação de leis mais complexas na área da saúde (NOVAES & PAGANINI, 1994), bem como passaram a ser enfatizados os aspectos de avaliação, educação e consultoria hospitalar.

Para Donabedian (1992) a qualidade é um produto social representado por concepções e valores sobre a saúde, as expectativas acerca das relações entre os usuários e os prestadores de serviços e o modo como os papéis são desempenhados por esses no sistema de saúde. Dessa forma, a garantia da qualidade consiste no esforço realizado, permanentemente, para a melhoria das condições de saúde, por meio da monitorização e avaliação contínua da estrutura, do processo e do resultado.

Como a saúde foi uma das últimas organizações sociais a adotar os modelos de qualidade, sua utilização iniciou-se timidamente na área administrativa. Um dos fatores que vem contribuindo para superar esta situação é a disputa de mercado entre as instituições hospitalares, pouco evidenciada em nosso meio, mas muito forte e acirrada em outros países (ANTUNES, 1997).

A criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) no Brasil em maio de 1999, proporcionou uma mudança no padrão de atendimento e na prestação de serviços. Hoje, enfatiza-se a qualidade na assistência à saúde dentro de um mercado competitivo (FELDMAN; CUNHA, 2006).

As transformações decorrentes de um mundo globalizado e o aumento da competitividade têm exigido mudanças por parte das organizações. Instituições de saúde passaram a rever seus modelos de gestão e a buscar qualidade em seus serviços, por meio de programas de acreditação. O enfermeiro tem papel fundamental neste processo, pois se constitui como líder e responsável pela adaptação da capacidade da equipe de enfermagem ao desenvolvimento da assistência (JULIANI; AYRES; SPIRI, 2004).

Os critérios utilizados por esses programas, quanto à avaliação dos serviços de Enfermagem, têm englobado as áreas administrativas e organizacionais, seguidas das áreas assistenciais e de ensino/pesquisa (FELDMAN; CUNHA, 2006). Nesse sentido, o gerente de enfermagem tem papel importante nos serviços de saúde, sobretudo, a âmbito hospitalar, uma vez que é o responsável pela gestão dos serviços de Enfermagem e por tomar medidas que integram as áreas administrativas, assistenciais e de ensino/pesquisa, visando o atendimento de qualidade.

As exigências quanto à sua atuação têm incluído, além do gerenciamento em enfermagem, o conhecimento e a interação com todo o ambiente organizacional, permitindo sua maior contribuição no sucesso da instituição. Para isso, as instituições têm requerido profissionais com perfil e competências que permitam alto desempenho no trabalho e que colaborem para o alcance dos objetivos organizacionais. A compreensão de que as competências individuais possuem estreita relação com as estratégias e com as competências da organização ganhou destaque nos âmbitos profissional e acadêmico.

A busca constante pela qualidade como um novo modelo de gestão, mudou o foco da análise do produto ou serviço para a concepção de um sistema da qualidade, influenciando a cultura organizacional na medida em que passou a exigir mudanças de atitude e comportamento, com vistas ao comprometimento com o desempenho, autocontrole e aprimoramento dos processos. A inserção no Brasil ocorreu a partir de 1980, embora tenha sido percebido somente na década de 1990, enquanto se ampliava a discussão sobre o contexto das políticas de saúde no país,

frente à carência de recursos financeiros e aumento dos custos dos produtos e serviços em comparação ao gasto total em saúde (VITURI; ÉVORA, 2015).

Gerência no Serviço de Enfermagem

Nos dias atuais, a liderança é fundamental no gerenciamento do cuidado em saúde, constituindo uma ferramenta indispensável na administração de pessoal, sendo, muitas vezes, capaz de influenciar a conduta das pessoas. A liderança requer profissionais capazes de assumir riscos, saindo da rotina e experimentando ideias diferentes, refletindo sobre as experiências para, assim, aprenderem de forma contínua. Esse processo de aprendizagem requer a integração de conhecimento, considerando que, em qualquer momento, pode-se aprender com o outro.

O enfermeiro, independente da área em que atua, necessita ter uma postura de líder. De acordo com Guedes (2013), o termo gerência do cuidado de enfermagem compreende a articulação entre as esferas gerencial e assistencial, que compõem o trabalho do enfermeiro nos mais diversos cenários de atuação. Este termo tem sido utilizado para caracterizar, principalmente, as atividades dos enfermeiros visando à realização de melhores práticas de cuidado nos serviços de saúde e enfermagem, por meio do planejamento das ações de cuidado, da previsão e provisão de recursos necessários para assistência e da potencialização das interações entre os profissionais da equipe de saúde, a fim de obter uma atuação mais articulada.

Além disso, o enfermeiro gerente deve conhecer as características de seu grupo, identificando talentos, dificuldades e facilidades de seus respectivos membros, moldando, assim, uma equipe comprometida com o trabalho.

Segundo Peres (2006), o trabalho de enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde subdivide-se ainda em vários processos de trabalho, como: cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro. O enfermeiro assume posição de destaque na equipe de saúde, o que lhe permite desenvolver estratégias que potencializam o trabalho em equipe e a organização do ambiente assistencial visando a qualidade do cuidado prestado (MONTEZELLI, 2011).

Santos (2016) afirma que a atuação do enfermeiro na gerência é de agente articulador, responsável por estabelecer conexões entre as ações realizadas pelos profissionais da equipe de saúde, de modo a mediar as relações estabelecidas no contexto do trabalho e desenvolver melhores práticas assistenciais.

Dessa forma, o enfermeiro se apresenta como um agente estratégico na promoção do trabalho em equipe: organizado, eficiente, capaz de sensibilizar, estimular e articular a equipe para a efetivação de um trabalho integrado.

As exigências em relação à atuação do Enfermeiro têm incluído, além do gerenciamento em enfermagem, o conhecimento e a interação com todo o ambiente organizacional, possibilitando uma maior contribuição para a instituição. Para isso, as instituições têm requerido profissionais que colaborem para o alcance dos objetivos organizacionais. A compreensão de que as competências individuais possuem estreita relação com as estratégias da organização ganhou destaque tanto no âmbito profissional, como no acadêmico.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Segundo Vergara (2016, p.47), a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e defini sua natureza.

A pesquisa qualitativa responde questões mais específicas da vida humana, possibilitando uma análise voltada para o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, permitindo entrar em um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2007).

O estudo foi desenvolvido durante o curso de Mestrado da UNIRIO, na cidade do Rio de Janeiro, no período de 2017/2018, utilizando como cenário os hospitais da rede filantrópica, situados em diversas regiões do Brasil. Foram selecionados 05 hospitais. Entretanto com base nos critérios de inclusão estabelecidos neste estudo, Gerentes de Enfermagem com mais de 06 meses de atuação, o Hospital localizado em Mato Grosso/Campo Grande foi excluído do estudo.

Permanecendo para o estudo 04 hospitais da rede filantrópica no Brasil, que serão descritos nos resultados.

A Figura 1 apresenta a distribuição dos hospitais do estudo.



FIGURA 1 - Mapa do Brasil com os respectivos estados dos hospitais do estudo em destaque.

Fonte: do estudo.

Os participantes do estudo foram os Enfermeiros Gerentes do Serviço de Enfermagem da Rede Filantrópica no Brasil, com no mínimo seis meses de atuação

na função. Critério de exclusão: enfermeiros gerentes do Serviço de Enfermagem em férias ou licença médica no momento da pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi estruturadas, realizadas em local reservado escolhido pelo entrevistado no próprio hospital, a fim de garantir maior privacidade dos participantes, utilizando como recurso tecnológico videoconferência com o gravador, possibilitando a transcrição exata das falas e maior espontaneidade no diálogo entre o entrevistado e entrevistador.

Segundo Minayo (2007), a entrevista se caracteriza por uma comunicação verbal contextualizada, na qual a linguagem utilizada possa ter sentido e significado para o entrevistador e entrevistado.

Essa técnica possibilita a exploração das reservas mais complexas de conhecimento que o entrevistado possa ter sobre o tema em estudo. Este, por sua vez, inclui suposições implícitas e explícitas que possibilitam a reconstrução dos conteúdos subjetivos, seja através da resposta espontânea por meio de uma pergunta aberta, seja pela conclusão de uma questão confrontativa (FLICK, 2004).

Para viabilizar a coleta de dados, elaborou-se um instrumento para guiar as entrevistas, contendo duas partes: 1) Instrumento sociodemográfico, com o objetivo de traçar a caracterização dos participantes, e 2) Formulário com perguntas semi-estruturadas sobre a temática do estudo (APÊNDICE).

O sigilo e a confidencialidade dos integrantes do estudo foram preservados, nenhum nome foi citado, assim como não foram mencionadas características que remetesse à identificação dos participantes. Para referenciar os dados dos participantes, foi utilizada a letra G (Gerente), seguido de algarismos arábicos por ordem da realização das entrevistas (G1, G2, G3, G4, G5).

Os dados foram tratados a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), que é caracterizada por um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Para a análise de conteúdo foram utilizados os seguintes procedimentos: a descrição analítica, ou seja, o tratamento da informação contida nas mensagens; a inferência (operação lógica), que admite uma proposição em razão de sua

aproximação com outras proposições já compreendidas e aceitas como verdadeiras; e a interpretação, que consiste na significação concedida às características do texto (BARDIN, 2011).

Esta é uma técnica que, por meio da leitura e interpretação do conteúdo das observações e entrevistas, permite a realização de análises que conduzem a descrições objetivas, sistemáticas e qualitativas das comunicações, auxiliando a reinterpretá-las e atingir uma compreensão aprofundada de seus significados. A análise de conteúdo constitui-se como mais que uma simples técnica de análise de dados, já que não busca explicar somente as características e opiniões dos entrevistados, mas o entendimento do sentido e significados atribuídos à problemática focalizada (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo é dividida em três etapas, são elas:

Pré-análise: Consiste na escolha do material a ser analisado, na retomada dos pressupostos e dos objetivos iniciais da pesquisa.

Exploração do material: É o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes ao conteúdo.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Consiste na organização dos dados brutos, de modo a se constituírem os temas ou categorias, os quais podem ser definidos como unidades que se libertam naturalmente do texto analisado.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro, conforme a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo A), aprovado em 23 de novembro de 2017, CAEE 76507117.4.0000.5285 - Número do Parecer: 2.395.872. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias- Apêndice C.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos Hospitais do estudo

As características dos quatro hospitais do estudo estão descritas:

- Rio de Janeiro/Município de Itaboraí: hospital geral e maternidade, de pequeno porte, demanda de atendimento em clínica médica, maternidade, cirurgia e geriatria; capacidade instalada de 28 leitos, sendo 8 de CTI e 20 de clínica médica cirúrgica;

- Pará/Belém: hospital geral e maternidade, de médio porte, demanda de atendimento clínica médica, cirurgia e geriatria, capacidade instalada de 150 leitos, sendo 30 de CTI e 120 de clínica médica cirúrgica;

- Amazonas/Manaus: hospital geral e maternidade, de médio porte, demanda de atendimento em clínica médica, cirurgia e geriatria, capacidade instalada de 143 leitos sendo 30 de CTI e 123 de clínica médica cirúrgica;

- São Paulo/SP: hospital geral de pequeno porte, demanda de atendimento em cirurgia e geriatria, capacidade instalada 46 leitos, sendo 8 de CTI e 38 de clínica médica cirúrgica.

Caracterização dos Participantes

Dos participantes do estudo, 100% do sexo feminino; 75% com especialização em Gestão Hospitalar e 25% com mestrado. Em relação à experiência profissional, 50% em exercício a mais de 10 anos, 25% 11 anos e 25% 6 anos de experiência. Para o tempo de experiência em gerência, 50% com 2 anos de experiência e o restante 3 anos. A caracterização dos participantes do estudo está expressa no Quadro 1.

QUADRO 1- Caracterização da amostra em estudo. Os entrevistados foram caracterizados quanto ao gênero, idade, formação acadêmica e experiência profissional.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO							
	Gênero	Idade	Graduação	Pós-Graduação		Tempo Experiência	Tempo Gerência
				Especialização	Mestrado		
G1	Feminino	32	Privada	Saude Pub+Cardio+Gest. Hosp.	Não	10 anos	2 anos
G2	Feminino	31	Privada	Gestão Hosp.	Não	10 anos	3 anos
G3	Feminino	35	Privada	UTI Neo+Obst+Gest.	Não	11 anos	3 anos

				Hosp.			
G4	Feminino	38	Privada	Não	Mest. Promoção Saúde	6 anos	2 anos

Fonte do estudo.

Descrição das atividades gerenciais realizadas pelos participantes do estudo

As atividades dos Gerentes do Serviço de Enfermagem nos hospitais em estudo foram abrangentes, uma vez que são construídas pelo Perfil Estruturado por Competência – PEC - documento que estabelece formalmente as atribuições de acordo com as áreas de atuação. A fim de elucidar as respectivas atividades, são apresentadas as principais atividades da respectiva função, divididas por áreas de atuação específicas.

Em relação à:

- Área de recursos humanos: responsável pela revisão das escalas realizadas pelos supervisores; pela correção de pontos no sistema de supervisores e coordenadores; envio de dados das alterações ao Departamento Pessoal diariamente e mensalmente; escala de férias dos enfermeiros e revisão da escala de férias da equipe de Enfermagem; envio de ficha de férias ao Departamento Pessoal e autorização de mudanças de férias; provisão de profissionais para cobertura de férias, além do acompanhamento de saídas e entradas de colaboradores juntamente com o setor de Educação permanente, supervisores e coordenadores.
- Educação Permanente: responsável pela escala de treinamentos em conjunto com o setor de Educação permanente, supervisores e coordenadores; elaboração de processos seletivos em conjunto com o setor de Educação permanente e recursos humanos, acompanhamento do período de experiência com avaliação de desempenho.
- Comunicação: realizado por meio de reuniões mensais de Enfermagem, avaliando as estratégias, o planejamento estratégico; comunicação por meio do acompanhamento dos grupos de *WhatsApp* e *Facebook*, realizando postagens e acompanhando mudanças.
- Outras atribuições: incluem os procedimentos operacionais e protocolos; aplicabilidade da SAE; auditoria de prontuário; visita diária às unidades de

enfermagem e aos pacientes por ordem de risco e problemas ocorridos; acompanhando os indicadores gerenciais; controle do patrimônio das unidades de enfermagem da instituição; reuniões semanais com o Diretor Médico e Diretor do Hospital.

Categorias Analíticas

As entrevistas foram transcritas na íntegra, analisadas e, sequencialmente, foram localizadas as unidades de registro que continham significado relacionado ao objeto do estudo. Essas unidades foram agrupadas e codificadas, emergindo três categorias: Dimensionamento de Profissional de Enfermagem; Desempenho dos Profissionais de Enfermagem; Relacionamento da Equipe Multiprofissional.

Categoria 1: Dimensionamento de profissional de enfermagem

O dimensionamento do pessoal em enfermagem é uma etapa fundamental no processo de trabalho. Para a realização de um dimensionamento eficaz, é necessário conhecer os pacientes e o grau de dependência assistencial. O dimensionamento é um verdadeiro desafio para a enfermagem, de modo que o profissional deve visar o bem-estar do paciente e da equipe, evitando assim, sobrecarga de trabalho e insatisfação dos colaboradores (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOL; 2009).

Os desafios e as estratégias aplicadas pelos Gerentes do Serviço de Enfermagem no sentido de solucionar os problemas estão listados no Quadro 2.

QUADRO 2 - Categoria 1: Dimensionamento de Profissionais de enfermagem.

Desafio	Estratégia
<i>Turnover</i>	Projetos Qualidade de Vida Plano de benefícios de carreira Certificações internas
Baixa quantidade de profissionais de enfermagem	Diminuição de eventos x custos Papel do enfermeiro Enfermagem x quantidade de eventos Sistema Classificação de Paciente (SCP)

Dimensionamento empírico	Nursing Activities Score (NASS) Papel Enfermeiro x Eventos Profissional Destaque
Alto índice de absenteísmo	Foco Saúde Profissional Horas Extras x Cestas Básicas Escala preventiva
Oscilação de taxa de ocupação	Dimensionamento Visível Acompanhamento de atestados médicos

Fonte do estudo.

Em relação ao desafio “*turnover*” nos hospitais em estudo, em torno de 1% das principais estratégias evidenciadas foram: projetos que promovessem o cuidado com a saúde e qualidade de vida dos profissionais, plano de benefícios, certificações institucionais no processo de Acreditação pela Agência Não Governamental ONA e planos de carreira profissional.

Foi possível identificar em relação ao dimensionamento de enfermagem situações que interferiam no bom desempenho da assistência, como por exemplo, no *turnover*, quando ocorre a saída de profissionais, existe todo um processo para a adaptação dos profissionais contratados, o que demanda treinamento, tempo, custo e risco de perda de qualidade assistencial.

Liy; Jones (2013) considera a rotatividade um evento multifatorial, não havendo um número que defina esse índice ideal, pois depende da individualidade de cada instituição e também do mercado externo. Levando em consideração esses aspectos, o esperado é que a taxa de rotatividade não alcance níveis que levem ao comprometimento da qualidade, aumento dos custos e segurança do paciente.

A participante do estudo G1 discorre em relação ao Turnover:

(...) temos tido uma dificuldade com relação ao turnover, devido à concorrência nas grandes cidades. Temos um salário de pequeno hospital. Muitos oferecem salário de 2 ou 3 vezes a mais. Os técnicos entram adquirem experiência e vão para outros hospitais. Pois os salários das outras instituições são maiores. Conseguimos oferecer o plano de saúde, vale transporte, cesta básica, muito diálogo, somos um hospital pequeno. Temos trabalhado com a Medicina do trabalho um projeto cuidando da saúde qualidade de vida dos funcionários. A própria busca pela certificação tem gerado uma diminuição do turnover. Hoje temos um aumento salarial a cada ano de acordo com o desempenho de cada colaborador. G1

A rotatividade no quadro de trabalhadores de enfermagem representa uma preocupação dos gerentes de enfermagem, de modo que a equalização desse

indicador reflete diretamente na qualidade do cuidado e nos custos para a organização. A perda de profissionais experientes pode afetar significativamente o nível de cuidado prestado e aumentar os investimentos necessários para admissão de novos colaboradores. O desequilíbrio do *turnover* pode gerar descontentamento na equipe de enfermagem, decorrente da sobrecarga das tarefas para os membros que permanecem no hospital.

Em relação ao desafio baixa quantidade de profissionais de enfermagem, as principais estratégias encontradas foram: demonstrar a relação com a diminuição e custo dos eventos, demanda de atividades de administração do enfermeiro para a assistência e segurança do paciente.

Nas instituições hospitalares, a enfermagem é fundamental no processo assistencial e, que constitui-se como parcela significativa de seu quadro de pessoal.

Fugulin; Gaidzink; Castilho (2010) e Almeida e colaboradores (2011) enfatizam que diante desse contexto, os enfermeiros devem utilizar instrumentos que auxiliem no planejamento, distribuição e controle preciso dos profissionais de enfermagem, bem como identificar as variáveis que interferem na carga de trabalho da equipe de enfermagem.

Ferramentas como o *Nursing Actives Score* (NAS) em unidades de terapia intensiva e o Sistema de Classificação de Pacientes Fugulin de enfermagem (SCP) são bons exemplos de ferramentas baseadas em um processo no qual se procura categorizar a complexidade da assistência de enfermagem conforme a quantidade de cuidado.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2017, por meio da Resolução 543 de 2017, determinou os parâmetros de dimensionamento de Enfermagem nos serviços/locais onde são realizadas atividades de enfermagem e norteou o mínimo necessário para cada tipo de assistência realizada em cada área de atuação da enfermagem.

Neste contexto a participante G2 comenta a relação do conhecimento técnico com o dimensionamento de pessoal.

(...) Uma grande dificuldade da região, devido ao enfermeiro ter pouco conhecimento técnico quanto ao dimensionamento de pessoal, temos um déficit de enfermeiro nos hospitais. Poucos hospitais certificados e com quantitativo muitas vezes menor que a legislação determina. G2

A fala da participante revelou que há pouco conhecimento do enfermeiro quanto ao dimensionamento de pessoal. Entretanto, as diretrizes curriculares incluem a disciplina de Administração em Enfermagem, que focaliza o ensino de gerência de recursos humanos, considerando o dimensionamento, assim como o Conselho de Classe, que também tem normativa a respeito desse assunto.

A enfermagem diante das complexas demandas assistenciais e administrativas, faz uso de recursos humanos qualificados que se traduzem em práticas efetivas, em constante aprimoramento, adotando condutas empreendedoras com iniciativa e capacidade de resolução de problemas e de trabalho em equipe.

Em relação ao desafio dimensionamento empírico, as principais estratégias encontradas foram: o uso do Sistema de Classificação de Pacientes (SPC), acompanhamento da média de perfil de alta dependência e cruzamento com os eventos assistenciais.

As instituições de saúde enfrentam o desafio de compatibilizar o uso eficiente dos recursos com a melhoria do atendimento prestado aos seus usuários. No Brasil, essas instituições passam por grandes dificuldades, tendo em vista a falta de investimentos na infraestrutura e na força de trabalho frente às necessidades de saúde da população.

Os problemas relacionados a gestão e formação de recursos humanos são apontados como um dos principais fatores que levam à desqualificação da assistência. O uso de ferramentas para cálculo de dimensionamento é essencial para transmitir segurança à administração e realizar um dimensionamento adequado, baseado em um processo no qual se objetiva categorizar a complexidade da assistência de enfermagem, de acordo com a quantidade de cuidado.

A participante do estudo G2 apresenta na sua fala ferramentas para equacionar o dimensionamento de pessoal existente.

(...)O dimensionamento era empírico. Introduzimos o Fugulin, média de perfil de alta dependência e associamos com os eventos assistenciais, demonstramos a relação com a diminuição e custo dos eventos. Nas unidades fechadas por exemplo: dieta enteral, hemoderivados, curativos e medicações realizados somente por enfermeiros. Fomos conseguindo sensibilizar a administração para a proposta. G2

A fala da participante apresentou abordagens para equacionar o problema do dimensionamento, evidenciando a tomada de decisões, a fim de sensibilizar a direção do hospital no sentido de estabelecer parâmetros para dimensionar o quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais.

Dentre os desafios analisados, o alto índice de absenteísmo foi o mais evidenciado, sendo que as principais estratégias relatadas foram: programas de incentivo como profissional de enfermagem destaque, parceria com medicina do trabalho com foco na saúde dos profissionais, valorização profissional, diálogo próximo com o colaborador, liberação de horas extras, assim como o oferecimento de cestas básicas.

A adequação de recursos humanos de enfermagem é enfatizada positivamente na diminuição do absenteísmo, no gerenciamento de horas extras e do banco de horas excedentes da unidade. Outra opção é um acompanhamento dos principais motivos de afastamentos junto à medicina do trabalho da instituição.

Quadros (2016) observou que o absenteísmo é um indicador de apoio à decisão gerencial e que, intervenções para reduzi-lo são necessárias para manter a qualidade assistencial, uma vez que uma ausência não programada reflete diretamente na necessidade de alocar pessoal em horários excedentes, com o intuito de garantir as proporções mínimas de pacientes por profissional.

A análise do absenteísmo como um indicador de qualidade gerencial é importante para avaliar a carga de trabalho e a necessidade de cobertura de ausências, auxiliando na adequação do quadro de pessoal e na melhoria da qualidade dos serviços oferecidos (GONÇALVES et al., 2012).

(...) muitos têm dois empregos. Para os técnicos de enfermagem temos a premiação da cesta básica, temos alguns critérios para o ganho da cesta, dentre eles faltas e atestados e cartão de ponto. Temos também na instituição o programa profissional de enfermagem destaque. Na semana de enfermagem entregamos um troféu. Isso é muito legal. A equipe de enfermagem que escolhe o melhor. Em 2017 tivemos 30 homenageados.G2

(...) o absenteísmo é sem dúvida um grande desafio em relação aos técnicos. Temos 10% de profissionais técnicos com mais de 50 anos. Fora os atestados e licenças não previstos. Como somos um hospital pequeno, e quando ocorre uma falta fica muito difícil. A Medicina do trabalho tem sido mais presente com estes funcionários, cuidando mais da saúde deles, buscando fazer com

que os nossos colaboradores se sintam valorizados. Os elogios nas avaliações são muito importantes. G1

(...) muito diálogo por se tratar de um hospital pequeno. Temos a liberação de extra pela administração da instituição. Mas precisamos ter cuidado para não aumentar o custo. G3

As falas das participantes denotaram o desafio do absenteísmo e a estratégias para redução dos índices de ocorrência no âmbito hospitalar. Lino (1999) enfatiza que na enfermagem, um profissional satisfeito com seu trabalho presta melhor assistência.

No desafio oscilação de taxa de ocupação, as estratégias foram: manter uma escala preventiva e realizar o acompanhamento dos atestados médicos. Uma opção no caso da oscilação da taxa de ocupação é manter os indicadores de dimensionamento atualizados e visíveis ao gestor, mantendo o Índice de Segurança Técnica (IST) recomendado pelo Conselho de classe.

A taxa de ocupação hospitalar representa o grau de utilização dos leitos disponíveis, de forma que, em geral, valores muito baixos associam-se a menores níveis de eficiência. Entretanto, taxas elevadas podem indicar alta prevalência de comorbidades, baixa resolubilidade, pouca reserva para emergências ou desequilíbrio entre oferta e demanda (RAMOS et al., 2015).

Ademais, como os indicadores de utilização de leito são estreitamente relacionados entre si, a taxa de ocupação hospitalar pode ser influenciada pelo tempo médio de permanência e índice de rotatividade do leito.

(...)um grande desafio é a oscilação de ocupação. Temos uma grande oscilação de ocupação, isto acaba com o nosso planejamento. A oscilação dificulta muito em relação a dimensionamento. Com base na média o quantitativo que temos tem sido suficiente. Sempre deixo uma escala preventiva e cancelo quando é necessário. Mas me preocupo de isso estar relacionado com os atestados. G3

Para a participante G3, a oscilação da taxa de ocupação era um desafio considerando o dimensionamento de pessoal do hospital. Entretanto, ela utilizou recursos gerenciais para equacionar o problema.

Nesse sentido, observa-se que a taxa de ocupação hospitalar é acompanhada de forma sistemática pelo gerente de enfermagem, servindo para tomada decisões importantes, com ações preventivas para a manter a qualidade assistencial.

Categoria 2: desempenho dos profissionais de enfermagem

A melhoria contínua nas organizações deve estar presente para que seus colaboradores possam desenvolver suas potencialidades e para mensurar a qualidade do serviço prestado com o máximo de resultados. Inúmeras são as ferramentas gerenciais de avaliação de desempenho, dentre as quais pode-se citar: avaliação direta praticada pela liderança imediata, avaliação por objetivo, avaliação conjunta praticada entre avaliador e avaliado, avaliação por competências e auto avaliação.

Brandão e colaboradores (2008) observaram que avaliar dentro do contexto da área de saúde assume um importante significado, já que as práticas e técnicas estão diretamente ligadas à vida de seres humanos. Por ser uma instituição dessa natureza, o profissional de enfermagem (técnico em enfermagem ou enfermeiro) deve estar em constante avaliação, seja com relação a sua experiência, ao seu desempenho ou no contexto de seu dia a dia.

QUADRO 3 - Categoria 2: Desempenho dos profissionais de enfermagem.

Desafio	Estratégia
BAIXA QUALIDADE TÉCNICA TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	Gerência x Educação Permanente Aumento período de treinamento Teoria x Prática x Ética
BAIXA QUALIDADE TÉCNICA ENFERMEIROS	Capacitação em Liderança Enfermeiro Trainee Gerência x Educação Permanente Parceria Consultorias Liderança
DIFICULDADE LIDERANÇA	Rounds Multidisciplinares Reformulação SAE Grupo Multiprofissionais Auditorias de Prontuário
REGISTRO SEGURO DEFICIENTE	Foco no Registro Seguro SAE Engenharia Clínica
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Parceiros Sede Treinamentos própria instituição Parcerias Locais Mudança base de Dados Excel

Fonte do estudo.

Em relação ao desafio baixa qualidade técnica dos técnicos de enfermagem, as principais estratégias encontradas foram: parceria da gerência com o setor de educação permanente e aumento do período de treinamento: teoria, prática e ética.

A qualidade dos serviços de saúde está diretamente relacionada ao desempenho dos profissionais de enfermagem. O acompanhamento desse desempenho promove desenvolvimento de recursos humanos e garante a qualidade na assistência ao paciente (MATIAS, 2009).

(...) temos muitos desafios em relação ao preparo técnico. Chegam muito mal preparados. Uma formação muito ruim. Temos realizado parceria com a educação permanente, acompanhamento na área, na chegada do colaborador, período de treinamento de teoria, aumentamos o período de treinamento da prática e, ético. Hoje o técnico passa no setor de educação permanente 10 dias e na área de assistência no mínimo 30 dias. G1

A participante G1 expressou sua preocupação com os técnicos de enfermagem admitidos no hospital, considerando lacunas de formação. Para equacionar o problema, buscou estratégias de capacitação adequadas ao perfil institucional, com foco na realidade local.

Em relação ao desafio baixa qualidade técnica dos enfermeiros, as principais estratégias encontradas foram: capacitação dos enfermeiros em liderança, enfermeiro trainee, parceria da gerência com o setor de Educação Permanente, aumento do período de treinamento: teoria, prática e, ética profissional.

Magalhães; Riboldi; Dall’Agnol (2009) enfocam que diante do entendimento de qualidade na saúde, é importante mencionar o papel da equipe de enfermagem, já que o contato direto e frequente com os usuários assistidos acarreta em interferência incisiva na obtenção, manutenção ou queda da qualidade da assistência e da segurança destes.

(...) um dos meus maiores desafios é a qualificação dos enfermeiros. Temos uma dificuldade de formação regional, visível. Muita dificuldade no aspecto de enfermeiros com liderança, gestão. Outra

estratégia é a do enfermeiro trainee. Isso tem ajudado muito. Quando surge uma vaga temos um enfermeiro que conhece nossos protocolos e as rotinas de nossa instituição. G4

A participante G4 abordou a preocupação com função de gerência em relação à liderança que considera a formação regional. Para esse desafio, ela apontou o enfermeiro *trainee*, que passa por um treinamento específico dos protocolos e rotinas do hospital, estando apto para assumir em situação de *turnover*. Chiavenato (2006) ressalta que o enfermeiro assumiu características de técnicos especializados, com comportamento e posições bem definidas institucionalmente, com foco em normas e regras.

Em relação ao desafio enfermeiros com dificuldades de liderança, as principais estratégias encontradas foram: parceria com consultorias para trabalhar a liderança, oficinas, capacitação, atividades com equipe multiprofissional junto com a Diretoria médica, *rounds* multidisciplinares, busca da inserção do enfermeiro nos grupos multiprofissionais e reformulação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), gerando melhor entendimento e autonomia.

Dentre as competências necessárias para o exercício da enfermagem, as Diretrizes Curriculares Nacionais destacam a atenção à saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a administração e gerenciamento, além da educação permanente e a liderança (BRASIL, 2001).

Carrara e colaboradores(2015) apontam que a competência da liderança vem sendo tratada pelos responsáveis da confecção de matrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem de forma superficial, visto que tal temática é abordada de forma incipiente em algumas disciplinas, com ênfase nas que se referem à Administração e Gerenciamento de Enfermagem, disciplina esta desenvolvida majoritariamente no último ano do curso. Acredita-se que com a falta de uma disciplina específica, ou até mesmo da inclusão do tema de forma concreta, seguindo uma linha transversal na matriz curricular, a formação do futuro profissional ficará prejudicada, pois quando este entra no mercado de trabalho, espera-se dele o desenvolvimento eficaz e efetivo de tal competência.

Em relação ao preparo dos enfermeiros enquanto líderes de equipes, na literatura vê-se que as características positivas de um líder são: credibilidade, comunicação, conhecimento, bom relacionamento interpessoal envolvimento e

segurança. Pode-se trabalhar nesses pilares, trazendo treinamentos focados na liderança, relacionamento interpessoal, parcerias com setores de Psicologia e RH e *rounds* multiprofissionais. As parcerias podem gerar benefícios como: bolsas de estudo para especializações, capacitações, admissão focada em perfis de liderança e comunicação, entre outros.

As participantes do estudo neste sentido abordam as dificuldades em relação a liderança.

(...)o que mais temos tido dificuldades é em relação a liderança. A liderança é o maior desafio de todos. No ano anterior fizemos uma parceria com uma consultoria para trabalhar a liderança. Trabalhamos com uma ferramenta chamada DISC, com oficinas, que tem ajudado muito. G1

(...)senti uma diferença muito grande de regionalidade: Como minha trajetória na Gestão de Enfermagem foi toda em São Paulo e Rio de Janeiro, a primeira dificuldade foi em relação ao perfil assistencial do enfermeiro da região norte. Quando comparamos a enfermeiros do Sul e Sudeste eles são muito passivos em relação a gestão e autonomia, no sentido de terem dificuldade de posicionamento, por uma questão de formação, isto é meio que geral. "Trabalhamos com muita capacitação, o alinhamento da qualidade com a assistência tem gerado excelentes resultados, todos os enfermeiros da qualidade passaram pela assistência de enfermagem. Trabalhamos muito com a equipe multiprofissional, junto com a Diretoria médica, rounds multidisciplinares, buscando a inserção do enfermeiro nos grupos. Mudança na SAE gerou um melhor entendimento e autonomia."G2

O desafio de liderança foi apontado pelas participantes na diferença regional e para minimizar este problema, evidenciavam estratégias buscando respeitar as diferentes áreas, considerando que o paciente era o foco do cuidado. A participação nos *rounds* multidisciplinares são momentos de interação entre a equipe, buscando sempre o melhor para o paciente.

No desafio registro seguro deficiente ou inadequado, as principais estratégias encontradas foram: auditorias de prontuário diárias em conjunto; gerência de enfermagem, qualidade e auditoria, análise de eventos com foco nos registros, prontuários eletrônicos e reforço constante da Sistematização da Assistência de Enfermagem com a equipe de técnicos.

A gestão da assistência traz, além da oportunidade de melhoria da qualidade, reflexão sobre diversos desafios a serem superados pela equipe como um todo. O uso de ferramentas como o prontuário eletrônico, reuniões de conscientizações e campanhas junto ao Conselho da categoria e comissões de ética institucionais são outras opções. Por meio da busca do conhecimento e da persistência e resolutividade do gestor, esses desafios podem se tornar oportunidades de aprendizado e trazer bons resultados para o profissional, para a empresa e para a assistência ao paciente de uma forma geral (TORRES et al., 2017).

O objetivo da auditoria de enfermagem é a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem que o hospital se propõe a oferecer ao cliente, sendo importante o vínculo entre o setor administrativo da instituição e a enfermagem, no aspecto estrutural e funcional (FONSECA et al., 2005).

Os principais tipos de auditoria utilizados na enfermagem são a retrospectiva e a operacional ou concorrente. O uso dessa ferramenta de gestão pode ter como objetivo a garantia de um Processo de Enfermagem (PE) com qualidade e com visão clara de onde e como realizar modificações para o aprimoramento das atividades técnicas e científicas desenvolvidas pelo Enfermeiro e pela equipe (GEREMIA; COSTA, 2012).

As falas das participantes enfatizam os desafios do registro seguro e as estratégias por elas estabelecidas.

(...) um outro desafio é do registro seguro. Entender que o registro facilita a comunicação entre a equipe. "A compreensão de equipe de enfermagem e a multiprofissional. Temos realizados auditorias de prontuário diárias pela equipe de enfermagem, a supervisão de enfermagem tem supervisionado em conjunto com a Auditoria de enfermagem, um trabalho em conjunto: Qualidade, Auditoria e Equipe de enfermagem. A análise de eventos também tem ajudado na melhoria dos registros. Temos trabalhado para que os prontuários sejam 100% eletrônico." G2

(...) outro desafio é o registro seguro, em especial a SAE o reconhecimento dos técnicos de enfermagem da importância da prescrição de enfermagem. Fizemos reformulações e padronização no Sistema de Prontuário Eletrônico. O que tem ajudado muito. Mas ainda é um grande desafio. G4

A fragilidade do registro seguro nas instituições de saúde, apontado pelas participantes, tem sido um grande desafio não só para enfermagem, mas para a equipe multiprofissional. Muitas vezes, ao analisar o prontuário do paciente para auditorias ou simplesmente consulta, percebe-se a necessidade de melhorias.

É necessário enfatizar constantemente a conscientização da equipe sobre a importância do registro e fortalecimento das ferramentas utilizadas. Gomes Vale e Pagliuca(2011)enfocam que um Serviço de Enfermagem de qualidade deve implementar recursos como Sistematização da Assistência de Enfermagem e trabalho interdisciplinar.

Quanto ao desafio educação permanente, as estratégias formuladas foram: parceria com engenharia clínica e busca de parceiros das outras unidades. Uma boa opção pode ser o aproveitamento dos profissionais da própria instituição por meio de capacitações internas e externas como: cursos de simulação e parcerias locais com bombeiros e prefeituras.

É um grande desafio para o setor de Educação Permanente estimular o funcionário a ter uma consciência crítica, questionando e interagindo com as mudanças atuais, estimulando nos colegas a procura pelo aprimoramento e a atualização de conhecimentos técnico-científicos. Esta questão compreende e envolve diversos aspectos da personalidade do ser humano e de seu desenvolvimento mental, emocional, social e profissional. É através da motivação que as pessoas se superam e adquirem persistência na perspectiva de seus objetivos (FLORES; ILHA, 2016).

As capacitações estimulam o aumento das habilidades dos profissionais que necessitam de constantes atualizações devido às tecnologias existentes nas organizações e no mercado de trabalho cada dia mais competitivo.

Muller; Schmidt; Noal (2016) enfatizam que a Educação Permanente e continuada deve abarcar todos os cursos de atualização, especialização, mestrado e doutorado e também as atividades educativas dentro do ambiente e no horário de trabalho, nas instituições hospitalares públicas, privadas, na gestão da saúde, na atenção primária à saúde, ou seja, em toda a rede propiciando crescimento profissional e pessoal.

(...) a maioria dos treinamentos sou eu que faço ou o supervisor. Não temos verba para trazer profissionais de fora, trazer temas de acordo

com a necessidade da instituição e da região. Somos uma instituição nova e entendemos não termos verba ainda para isso. Temos buscado com os nossos próprios parceiros da outra unidade vir nos ajudar nestes treinamentos. Trouxemos por exemplo a engenharia clinica que nos ajuda bastante em relação a treinamento de manuseio de equipamentos. "G3

A fala da participante enfatizou a importância do treinamento permanente da equipe de enfermagem considerando as inovações tecnológicas, para desenvolver suas ações de reflexão crítica, criatividade e investigação. A educação efetiva enfoca o autoconhecimento, aperfeiçoamento e atualização. A participante informa que busca por parcerias para fortalecimento do treinamento.

Para o desafio monitoramento de indicadores, as estratégias aplicadas foram: a utilização de uma base de dados pelo sistema de prontuário eletrônico adotado pela instituição. Uma parceria com a Informática para elaboração e acompanhamento dos indicadores e o acompanhamento sistemático dos mesmos. Um gestor que utiliza um painel de indicadores, favorece ações direcionadas, os resultados são observados com eficiência e eficácia.

Martins e colaboradores (2017) evidenciam que os indicadores de qualidade assistenciais são compreendidos como dados mensuráveis que apontam uma dada realidade e mostram as tendências de determinados agravos, não é uma medida direta da qualidade e sim um instrumento que identifica e dirige a atenção para questões específicas e que necessitam de revisão frequente.

(...) um grande desafio que tínhamos até pouco tempo era o monitoramento dos indicadores. Sempre foi um desafio. Utilizávamos uma planilha de Excel. Com a base de dados CAPEI tudo mudou, os relatórios são gerados do próprio sistema, é um painel a vista. Vejo se estou verde, amarelo ou vermelho, acompanho ainda as estratégias do setor. A Informática foi fundamental para que isso se desenvolvesse. Hoje cada área tem seu indicador e monitoramento e apresentamos a diretoria o monitoramento. G4

A participante reflete sobre o desafio do monitoramento de indicadores, considerando que são medidas utilizadas para descrever e analisar uma situação existente, avaliar os objetivos, as metas e suas mudanças ao longo do tempo e que

precisam ser acompanhados como ferramenta de tomada de decisão. Evidencia o avanço tecnológico, que o enfermeiro tem que se preparar para acompanhar a as informações e tomar decisões pautadas em dados e assertivas .

Terceira Categoria: Relacionamento da equipe multiprofissional

A equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletiva que se configura na relação recíproca nas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Cada profissional em sua área de atuação com liberdade de troca de idéias para um bem comum do paciente.

Segundo Araújo e Rocha (2007), a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

A interação refere-se ao agir comunicativo simbolicamente mediado e orientado por normas de vigência obrigatória, que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos, dois sujeitos. Portanto, é regida por normas consensuais e funda-se na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo, livre de coação interna ou externa (HABERMAS, 1994).

QUADRO 4 -Categoria 3: Relacionamento da Equipe Multiprofissional.

RELACIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
Desafio	Estratégia
DIFICULDADE ADESÃO EQUIPE MÉDICA PROTOCOLOS	Auditorias de Prontuário Discussão GAPS Muito diálogo
CHECK LIST	Trabalho conjunto entre os Gestores CC: Médico e Enfermeiro
CIRURGIA SEGURA	Abordagens e adesão dos Cirurgiões, Anestesiista e Enfermeiro
AValiaÇÃO DETERIORAÇÃO CLÍNICA MEWS	Acompanhamento Avaliação Efetividade Envolvimento multiprofissional
CENTRALIZAÇÃO DE SETORES NA SEDE	Autonomia para articulação com administração central e fornecedores

Fonte do estudo.

No desafio dificuldade de adesão da equipe médica aos protocolos, as estratégias foram: realização de auditorias de prontuários, evidenciando a não adesão dos protocolos, discussão com as equipes das lacunas encontradas, de forma bem específica e muito diálogo.

Atender em equipe facilita a abordagem do paciente e da família e possibilita uma maior capacidade de oferecer conforto. Portanto, a parceria enfermagem e médicos são necessária para a adesão do tratamento. Esta parceria pode ser feita de diversas formas, capacitações multiprofissionais, rounds, visitas multiprofissionais, são normalmente eficazes.

Pernício Costa (2016) afirma que quanto ao trabalho em equipe, orientações à família e ao paciente tornam-se mais adequadas, pois sempre existe uma segunda pessoa para corrigir uma informação divergente, para complementar com outras falas relevantes, fazer outras perguntas que seriam importantes ou direcionar para outro foco de interesse. Isto, corrige falhas no atendimento.

O trabalho em equipe multidisciplinar, com os envolvidos no cuidado com o paciente: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, proporciona o desenvolvimento de práticas assistências seguras através da comunicação interdisciplinar efetiva.

(...) temos treinado os protocolos e temos tido excelente adesão da equipe de enfermagem, mas temos uma grande dificuldade de adesão da equipe médica. Os outros profissionais têm aderido. O corpo médico é mais difícil. Temos realizado auditorias de prontuários evidenciando a não adesão dos protocolos, discussão com a equipe das lacunas encontradas. Olha doutor isso foi glosado, isso não está de acordo com o protocolo, muito diálogo. Por ser Pessoa Jurídica não percebemos uma adesão. Mas estamos buscando esta parceria junto à gestão médica. "G3

O depoimento da participante G3 apontou a dificuldade de adesão da equipe médica aos protocolos e normas institucionais. A estratégia utilizada para a adesão médica através de discussões com a equipe multiprofissional sobre os resultados de auditorias e os itens glosados que interferem nos custos, por tratar-se de um hospital filantrópico que atende pacientes com planos de saúde.

Para o desafio *checklist* de cirurgia segura, as estratégias foram: parceria com os gestores médicos no Centro Cirúrgico, Cirurgião, Anestesiista e, enfermeiro supervisor de enfermagem.

No estudo de Oliveira e colaboradores (2014), ao avaliar os relatos de enfermeiros sobre suas atuações no centro cirúrgico, os autores afirmaram que este instrumento tem por finalidade observar se a sala cirúrgica se está preparada para receber o paciente, se há segurança no ambiente cirúrgico, se dispositivos como aspirador encontram-se montados e funcionando, bem como a organização dos equipamentos e medicamentos antes da cirurgia.

Para que se tenha uma assistência segura aos pacientes, é necessário que haja sua identificação, sendo este cuidado considerado um dos primeiros a serem realizados. Esse cuidado de identificação do paciente está previsto na nova RDC da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 36, de 25 de julho de 2013, que descreve ações para promover a segurança do paciente em serviços de saúde (BRASIL, 2013).

(...) um grande desafio foi a implantação de Cirurgia Segura na Instituição. A equipe médica entender a importância foi realmente muito difícil. Hoje realmente dá muito orgulho de ter sido implantado. A principal estratégia foi os gestores médicos no Centro Cirúrgico (Cirurgia e Anestesia) aderirem a causa com o enfermeiro supervisor de enfermagem. Esta parceria foi fundamental para o sucesso do protocolo. G4

A fala da participante G4 refletiu o desafio da implantação da Cirurgia Segura, considerando o rigoroso *checklist* que antecede a cirurgia. Ações relacionadas à segurança do paciente para a diminuição de complicações, a detecção precoce de intercorrências e os eventos adversos no período operatório são fundamentais em um centro cirúrgico que preza uma assistência de qualidade. Nesse contexto, a equipe multiprofissional deve ser envolvida nesta atuação fundamental para o sucesso da Cirurgia Segura.

Quanto ao desafio avaliação da deterioração clínica na unidade MEWS, as estratégias direcionadas foram: o envolvimento da equipe multiprofissional na implantação, acompanhamento e avaliação da efetividade do MEWS.

Rocha; Neves; Viegas (2016) observaram que o MEWS é uma escala de alerta baseada em parâmetros fisiológicos que permite identificar precocemente níveis de deterioração clínica do paciente. Conhecer os resultados do protocolo do MEWS é necessário para conhecer a realidade do setor, identificar as fragilidades e propor melhorias. Com isso, pode-se prontamente direcionar medidas precoces e mais intensivas para evitar a deterioração clínica desses pacientes, uma vez que há relação direta entre a presença de escore crítico e a crescente morbimortalidade.

Oliveira e colaboradores (2018) apontam que o MEWS é uma pontuação somada de dados fisiológicos rotineiramente registrados para cada paciente, que inclui aferição de pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal, nível de consciência, gerando pontuações (scores) conforme as alterações que o paciente estiver apresentando no momento, comparado com os valores normais de cada sinal vital.

A partir dos sete parâmetros é calculado um escore global (Quadro 5), sendo que quando uma pontuação limiar é atingida, ativa ações que têm por objetivo garantir intervenções adequadas para os pacientes, minimizando o risco de deterioração do paciente. Vale destacar que MEWS é um método auxiliar, que não substitui a avaliação clínica.

QUADRO 5 - Escore de Alerta Precoce Modificado - Modified Early Warning Score (MEWS).

Escore	3	2	1	0	1	2	3
PAs (mmHg)	≤70	71-80	81-100	101-199		≥200	
FC (bpm)		≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
FR (ipm)		≤8		9-14	15-20	21-29	≥30
Temperatura axilar		≤34,9		35-38,4		≥38,5	
Nível de consciência				Alerta	Confuso	Resposta à dor	Inconsciente

Fonte: CIPRIANO, 2018.

Qualquer pontuação acima de zero indica que o paciente deve receber uma maior vigilância, justificando um acréscimo na frequência das observações, sendo que o MEWS tem por objetivo facilitar a comunicação rápida entre a equipe de enfermagem e médica.

(...) um grande desafio foi a Identificação Precoce de Deterioração Clínica na unidade de internação. Antigamente tínhamos o indicador de admissões de pacientes vindo da UTI proveniente de unidades de internação, este indicador era muito ruim. A equipe não conseguia identificar a alteração de sinais vitais. Houve um envolvimento da equipe multiprofissional neste acompanhamento do Mews, e gradativamente conseguimos a implantação. Hoje avaliamos a efetividade do Mews. (G3)

A participante G3 relatou a importância da implantação da identificação precoce de deterioração clínica, cuja mudança de atitude possibilitou uma melhor comunicação entre a equipe de enfermagem e equipe médica e, além de maior segurança para o paciente. Para Nascimento (2013), o enfermeiro como líder da equipe deverá utilizar técnicas e instrumentos que visem aferir eficiência e efetividade no planejamento, execução e avaliação.

Em relação ao desafio centralização de setores somente na sede, as principais estratégias adotadas foram: parceria com a administração da sede, aprender caminhos de resoluções que dependeriam de outra unidade, contato direto com fornecedores, parceria com engenharia clínica e busca de parceiros das outras unidades.

A parceria com a sede sempre é uma excelente opção e a aproximação com os principais setores de fragilidade da filial devem ser focadas e capacitadas sempre que possível.

(...) por ser uma filial, não temos todos os setores na nossa unidade. Isto dificulta bastante, não temos setor de RH, setor de informática para configuração de sistema. Não conseguimos resolver na velocidade que gostaríamos. Não temos setor de compras e financeiro, CCIH e Enfermeiro do trabalho. Tenho buscado junto a administração uma parceria, aprender o caminho de resoluções que dependeria de outras unidades. "Procuro fazer contato direto com fornecedores e buscar orçamentos diretos". G3

A fala da participante G3 mostrou o desafio do hospital da rede filantrópica em estudo, por não possuir diversos setores em sua respectiva unidade. Nesse contexto, enfatiza a necessidade de parcerias, com a administração da sede e fornecedores, a fim de obter maior eficiência e resolutividade local.

Portanto, a gerência dos diversos desafios que ocorrem no dia a dia do exercício do enfermeiro, requer em especial do Gerente do Serviço de Enfermagem, o conhecimento de estratégias que implicam em atitudes assertivas nas suas respectivas funções. O enfermeiro deve possuir habilidades para visualizar os desafios e traçar estratégias para as soluções adequadas, tendo em vista a qualidade e segurança do paciente, assim como da equipe de trabalho.

A visão estratégica na gestão em enfermagem está relacionada à missão organizacional que, por sua vez, norteia as decisões e os objetivos da Instituição.

Nesse contexto, o estudo apresenta abordagens de Enfermeiros Gerentes de Serviço de Enfermagem da rede filantrópica no Brasil, sobre os desafios que a função gerencial exige do profissional, dentre os quais, pode-se citar: habilidades complexas, analíticas, de julgamento, tomada de decisões, liderança e enfrentamento de riscos e incertezas.

No que se refere ao aprendizado sobre a Gerência, os conhecimentos sistematizados administrativos e assistenciais, incorporam os ensinamentos produzidos pela experiência individual.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou as relações entre os desafios e estratégias utilizadas no processo da função gerencial do Enfermeiro do Serviço de Enfermagem hospitalar de uma rede Hospitalar Filantrópica no Brasil.

Foi possível observar em relação ao dimensionamento de enfermagem, situações que interferem no bom desempenho da assistência, como no *turnover*, diferencial, quando saída de profissionais e admissão de novos, o que exige todo um processo de adaptação quanto aos protocolos do hospital, desafio que requer estratégias para solucionar o problema.

Quanto ao absenteísmo, é preciso ressaltar que foi um indicador citado como de grande desafio em todas as instituições analisadas e o mesmo pode estar relacionado com outro desafio citado, da baixa quantidade de profissionais de enfermagem. Sabe-se que quando se dispõe de um menor quadro de profissionais, fatalmente haverá um aumento do absenteísmo, gerado por uma escala com déficit de profissionais, atestados médicos e ausências.

O estudo citou estratégias de um dimensionamento adequado de pessoal o uso de ferramentas de dimensionamento como: Sistema de Classificação de Pacientes, *Nursing Activities Score* (NAS), associados ao uso de indicadores de qualidade e processos como excelentes opções para resolução de problema.

É possível observar que em relação ao desempenho dos profissionais de enfermagem, a formação profissional ineficiente, citada pelos participantes, pode proporcionar baixa qualidade assistencial e de liderança eficaz e eficiente do enfermeiro.

Foram citadas estratégias consideradas pelos participantes como excelentes ferramentas para solução deste problema, assim como o programa Enfermeiro *Trainee*, no qual o profissional passa por meses e até anos em treinamento, adquirindo todas as rotinas assistenciais e de gestão.

O estudo evidenciou que algumas instituições têm adotado o processo de formação de técnicos de enfermagem onde os profissionais são formados em um padrão de atendimento próprio e de rotinas específicas.

Em relação ao acompanhamento de desempenho, foi possível observar que este promove o desenvolvimento de recursos humanos e garante a qualidade na assistência ao paciente. Por isso enfocadas auditorias multiprofissionais realizadas

sistematicamente, para acompanhar os registros e o cumprimento das ações relacionadas aos indicadores, que neste caso devem ser prioridades de gestão.

O acompanhamento de indicadores traz segurança para equipe e foco nas ações. A equipe fica ciente de suas fragilidades e de seus pontos de melhoria. Cabendo a equipe assistencial em conjunto com a de gestão o seu acompanhamento sistematizado.

Quanto à equipe multiprofissional, foi possível observar situações que interferem no seu relacionamento, a dificuldade de adesão da equipe médica aos protocolos, o uso da ferramenta MEWS e *checklist* de cirurgia segura. Pode-se evidenciar que ambos se referem a comunicação, relação com a equipe multiprofissional.

O *checklist* de cirurgia segura e os protocolos demandam de uma participação da equipe, sendo fundamental o entendimento e a efetiva participação de todos: cirurgião, anestesista, enfermeiro, técnicos de enfermagem, serviços de Hemoterapia e Terapia Intensiva, Setor de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), entre outros, demonstrando a importância de um envolvimento da equipe multiprofissional em todas as etapas do processo. O trabalho em equipe tem como objetivo a conhecer os impactos sobre os diferentes fatores que interferem na assistência.

Estratégias efetivas para o desenvolvimento do relacionamento multiprofissional podem ser observadas em ações como uma Sistematização da Assistência de Enfermagem estruturada, demonstrando uma assistência de enfermagem segura, os *rounds* multidisciplinares, estudos de casos e leituras de artigos com temas em comum, apresentação e discussão de indicadores em equipe multiprofissional, reuniões periódicas entre coordenações de setor: médico, nutrição, fisioterapia e de enfermagem.

Em relação às três categorias emergidas nesse estudo, o dimensionamento de profissional de enfermagem, o desempenho dos profissionais de enfermagem e o relacionamento da equipe multiprofissional foram evidenciados desafios e as estratégias utilizadas pelos gerentes, demonstrando uma complexidade de ações em sua área de atuação, o que requer um profissional cada vez mais preparado tecnicamente e cientificamente, com criatividade em seu planejamento e execução.

O relacionamento interpessoal se mostrou de suma importância para este profissional, que precisa do apoio da equipe multiprofissional para uma gestão de eficiência e eficácia.

Os resultados alcançados nesta pesquisa podem servir como fonte de consulta para os hospitais da rede hospitalar estudada, bem como para outros gerentes de serviços de enfermagem que desejem conhecer e adotar as possíveis estratégias aplicadas aos desafios encontrados, sejam pelos relatos ou por propostas encontradas no estudo.

Por fim, sugere-se que os Enfermeiros, principalmente aqueles que exercem cargo de Gerência, considerem os grandes e complexos desafios e as diversidades dos serviços de enfermagem hospitalares, tanto privados quanto públicos, e aceitem o desafio de romper as barreiras da tradição, passando do discurso para a prática.

PRODUTOS ALCANÇADOS

PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS:

- 3ª Jornada de pós-graduação UNIRIO- ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA REDUÇÃO DE EVENTOS RELACIONADOS A SEGURANÇA MEDICAMENTOSA – Realizado apresentação oral de Pôster a avaliadora em 25/10/2017 na UNIRIO, publicado nos anais do evento;

- 7º INCORPORANDO AÇÕES DE ENFERMAGEM EM PESQUISA – IAEP – UNIGRANRIO –DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO INDIVÍDUO VÍTIMA DE LESÃO MEDULAR TRAUMÁTICA - Realizada apresentação oral de Pôster à avaliadora em 17/11/2017 na UNIGRANRIO UNIDADE BARRA DA TIJUCA, publicado nos anais do evento;

- 69º CBE_n - CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, RELATO DE EXPERIÊNCIA: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA REDUÇÃO DE GLOSAS EM UM HOSPITAL PRIVADO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Realizada apresentação oral de Pôster à avaliadora em 06/09/2017 em Fortaleza, publicado nos anais do evento;

- II SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM SEGURANÇA DO PACIENTE: HÁ OUTROS OLHARES. Realizado no Hospital Adventista Silvestre. Rio de Janeiro em 30/03/2017. Participação como ouvinte. 5.VI Fórum Comemorativo ao Dia Mundial dos Cuidados Paliativos & I Simpósio dos Cuidados Paliativos da Regional Rio de Janeiro - Academia Nacional de Cuidados Paliativos, realizado no Hospital Adventista Silvestre. Rio de Janeiro em 30/03/2017. Participação como ouvinte.

ARTIGOS PUBLICADOS:

- Revista Enfermagem Brasil ISSN 1678-2410 – Qualis B2: Implantação do Score de deterioração clínica (MEWS) em um hospital privado da cidade do Rio de Janeiro e seus respectivos resultados. Aprovado em 19/10/2017 publicado/edição: Enfermagem Brasil 2018;17(1):34-42;

- Revista Enfermagem Brasil ISSN 1678-2410 – Qualis B2: Protocolo Gerenciado de Sepsis e seus respectivos resultados em um Hospital privado na cidade do Rio de Janeiro. Publicado/edição: Enfermagem Brasil 2018;17(2):107-113;

- INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH issn 2230-0926 Caracterização da queda entre idosos hospitalizados: implicações para a enfermagem e a segurança do paciente Volume: 08 ID do artigo:12388 6 páginas.

PUBLICAÇÕES EM ANAIS:

- 3ª Jornada de Pós-Graduação UNIRIO- ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA REDUÇÃO DE EVENTOS RELACIONADOS A SEGURANÇA MEDICAMENTOSA – Realizado apresentação oral de Pôster a avaliadora em 25/10/2017 na UNIRIO, publicado nos anais do evento;

- 69º CBE_n - CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, RELATO DE EXPERIÊNCIA: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA REDUÇÃO DE Quedas EM UM HOSPITAL PRIVADO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO Realizado apresentação oral de Pôster a avaliadora em 06/09/2017 em Fortaleza, publicado nos anais do evento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anais do Simpósio Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade em Saúde; 1994, Rio de Janeiro (RJ) AnAcadNacMed 1994; 154(4): 185/213

ANTUNES, A. V. **O gerenciamento da qualidade na enfermagem**. 1997. Tese [Doutorado em Enfermagem] -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 12, p. 455-464, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRANDÃO, H. P.; ZIMMER, M. V.; PEREIRA, C. G.; MARQUES, F.; COSTA, H. V.; CARBONE, P. P. Gestão de desempenho por competências: integrando a gestão por competências, o *balanced scorecard* e a avaliação 360 graus. **Revista de Administração Pública**, n. 42, v. 5, p.875-98. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n5/a04v42n5.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional da Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001 de 07 de Novembro de 2001. Institui as Diretrizes Nacionais Curriculares do Curso de Graduação de Enfermagem. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO, R. D. C. nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [periódico na internet], Brasília (DF), v. 1, p. 1-7, 2013.

CARRARA, G.; RIGOBELLO, J. L.; LUIZE, P. B.; BALDO, P. L.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S. O Ensino da Liderança na Graduação em Enfermagem. In:Congresso Ibero-Americano em Investigação qualitativa, 4, 2015, Aracaju, SE. Anais eletrônico. **Atas CIAIQ**, v. 2, p. 108-113 2015. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/225/221>>. Acesso em: 01 set. 2018.

CERVANTES, C. R.; PANNO, C. C., KLOECKNER, M. C. **Administração: teoria e processos**. São Paulo: Prentice Hall Brasil, 2005.

CHIAVENATO, I. **Administração geral e pública- Série Provas e Concursos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CIRELLI, T.; LOPES, L. M. A aplicação das principais teorias administrativas nas pequenas empresas varejistas de materiais para construção. **Hórus**, v. 5, n. 1, p. 1-19, 2010.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 543/2017**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html>. Acesso em: 01 set. 2018.

DONABEDIAN, A. **Evaluación de la calidad de la atención médica**. In: WHITE, K.L.; FRANK, J.; organizadores. Investigaciones sobre servicio de salud: una antología. Washington (US):OPAS; 1992.

FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Identification of result evaluation criteria for nursing service in hospital accreditation programs. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 540-545, 2006.

FELLI, V. E. A; et al. Trabalho Gerencial dos Enfermeiros. In: VALE, E. G. et al. **Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF): Gestão**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 11-39.

FLICK, U. Dados verbais. In FLICK, U. Trad.Sandra Netz. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004. p. 89-137.

FERRAZ, C.A. A transfiguração da administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível. 1995. 248 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

FLORES, L. M. M.; ILHA, N. L. P. Educação Continuada em Enfermagem. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 2, n. 1, p. 79-86, 2016.

FONSECA, A.S.; YAMANAKA, N. M. A.; BARISON, T. H. S.; LUZ, S. F. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Mundo da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 161-169, 2005.

FUGULIN F. M. T.; GAIDZINK, R. R; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. organizadora. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 121-35.

GEREMIA, D. S.; COSTA, L. D. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em uma unidade de internação clínica hospitalar. **Revista de Administração em Saúde**, v. 14, n. 55, p. 57-64, 2012.

GOMES VALE, E; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, 2011.

GONÇALVES, L. A.; ANDOLHE, R.; OLIVEIRA, E. M.; BARBOSA, R. L.; MANCUSSI FARO, A. C.; GALLOTTI, R. M. D.; PADILHA, K. G. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 71-77, 2012.

GUEDES DOS SANTOS, José Luís et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, 2013.

HABERMAS, J. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70; 1994.

HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

JULIANI, C. M. C. M.; AYRES, A. J.; SPIRI, W. C. O papel de supervisor do profissional enfermeiro em um hospital universitário do estado de São Paulo. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 56, 2004, Gramado, RS. **Anais eletrônicos...** Gramado: ABEn; 2004.

KNAPIK, J. **Administração geral e de recursos humanos**. Curitiba: Ibpex, 2005.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan; 2013.

LIY, I. N.; JONES, C. B. A literature review of nursing turnover costs. **Journal of nursing management**, v. 21, n. 3, p. 405-418, 2013.

LINO, M. Satisfação profissional entre enfermeiras da UTI: adaptação transcultural do *Index of Work Satisfaction IWS*. 1999. 236 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1999.

MAGALHÃES, A. M. M. D.; RIBOLDI, C. D. O.; DALL'AGNOL, C. M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 608-612, 2009.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. Artmed Editora, 2015.

MARTINS, I. H. F.; JUNIOR, C. S.; SANTOS, J. N.; BUARQUE, M. D. Indicadores de Qualidade Assistenciais em Enfermagem: uma Experiência Compartilhada em um Hospital Beneficente do Município de Aracaju-SE. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. 2017. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/5535/2355>>. Acesso em: 05 set. 2018.

MATTIAS, Silvia Regina et al. Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem: qual a melhor estratégia para o repasse dos resultados?. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 121-130, 2009.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco: 2007.

MONTEZELLI, Juliana Helena; PERES, Aida Maris; BERNARDINO, Elizabeth. Demandas institucionais e demandas de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, 2011.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. G. **Teoria Geral da Administração**. 3 ed. São Paulo: Thomson Learning, 2006.
Ciprian

MULLER, E. T.; SCHMIDT, S. M. S.; NOAL, H. C. A magnitude da educação permanente e da educação continuada em enfermagem: uma revisão bibliográfica.. **O Profissional do Futuro: como fazer a diferença no mundo do trabalho?**,v. 97, 2016.

NOVAES,H. M., PAGANINI, J. M. Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). Washington (DC): **Organização Panamericana de Saúde**; 1994. (OPAS/HSS/ 94.05).

OLIVEIRA, A. N. et al. Implantação do Score de deterioração clínica (MEWS) em um hospital privado da cidade do Rio de Janeiro e seus respectivos resultados. **Revista Enfermagem Brasil**, v.17, n. 1, 2018.

OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T.A.; SILVA, L. M. S.; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

PERCÍNIO COSTA, Álvaro; POLES, Kátia; SILVA, Alexandre Ernesto. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, 2016.

PERES, Aida Maris; TRENCH CIAMPONE, Maria Helena. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2006.

QUADROS, D. V.; MAGALHÃES, A. M. M.;MANTOVANI, V . M.; ROSA,D.S.; ECHER, I. C. Análise de Indicadores gerenciais e assistenciais após adequação de pessoal de enfermagem. *Revista brasileira de Enfermagem*, v.69,n.4,2016.

NASCIMENTO LAMPERT, Ariele et al. Conflitos gerenciais: dificuldades para o enfermeiro gerente. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 2, n. 03, 2013.

RAMOS, M. C. A.; CRUZ, L. P.; KISHIMA, V. C.; POLLARA, W. M.; LIRA, A. C. O.; COUTTOLENC, B. F.Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1-10, 2015.

ROCHA, T. F., NEVES, J. G., VIEGAS, K. Escore de alerta precoce modificado: avaliação de pacientes traumáticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 5, p. 850-855, 2016.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. *Revista gaucha de enfermagem*, v. 37, n. 1, 2016.

TORRES, T. S.; GOMES, R.; VIEIRA, L. G.; MARTINS, G. F.; SILVA, P. M.; FERNANDES, G. M. O enfermeiro frente a gestão assistencial dos serviços de saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, v. 4, n. 1, 2017.

TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C.; FÁVERO, N.; GALVÃO, C. M.; REIS, J. N. O esperado e o praticado pelo enfermeiro em relação à liderança no ambiente hospitalar: visão do atendente de enfermagem. *Hospital Administração e Saúde*, v. 17, n. 1, p. 31-4, 1993.

VALENÇA, C. N.; SILVA, A. F. C.; MARINHO, C. R. S.; SILVA, M. L. P.; SOUSA, Y G.; MEDEIROS, S. M. Vivências dos profissionais da enfermagem sobre procedimentos executados no hospital. *Revista Cubana de Enfermería*, v. 32, n. 4, 2016.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 16 ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2016.

VITURI, D. W.; ÉVORA, Y. D. M. Gestão da qualidade total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 5, p. 945-952, 2015.

APÊNDICE 1 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), a participar da pesquisa “**Estratégias utilizadas nos desafios da Gestão de enfermagem de uma rede hospitalar filantrópica**”. Esse estudo tem como **objetivos específicos**: Conhecer o perfil dos profissionais enfermeiros que atuam na gestão hospitalar da rede, identificar os desafios encontrados pelo gestor de enfermagem e Analisar as estratégias utilizadas pelos gestores, diante dos desafios encontrados. Esta pesquisa encontra-se baseada na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO por meio do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, tem finalidade acadêmica, sendo desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sob a responsabilidade do pesquisador André Nobre de Oliveira, sob orientação da Profa. Dra Beatriz Gerbassi Costa Aguiar.

O **benefício** esperado do estudo é que os resultados possam fornecer dados sobre os desafios encontrados na gestão no Serviço de Enfermagem. Se o Sr. (a) decidir integrar este estudo, irá participar de uma videoconferência. Possíveis **Riscos**: A participação na pesquisa poderá expor os participantes a riscos mínimos como cansaço, desconforto pelo tempo gasto durante a entrevista, e ao relembrar algumas sensações diante do vivido com situações desgastantes. Se isto ocorrer você poderá interromper a entrevista e continuar posteriormente, assim que o desejar.

Contamos com a vossa colaboração para autorizar a participação na pesquisa. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O pesquisador irá tratar a vossa identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos. O material que indique a vossa participação não será liberado sem permissão. O Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Será

fornecido uma cópia desse termo informado ao hospital que você atua. A participação no estudo não acarretará custos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Eu, _____, portador do documento de Identidade nº _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 2017.

_____ Nome do (a) participante	_____ Assinatura
_____ Nome da Pesquisadora	_____ Assinatura

APÊNDICE 2 - Termo de autorização para realizar o estudo



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR ESTUDO

Prezado diretor,

Através do presente termo, venho solicitar a autorização de V. S. para o desenvolvimento do estudo preliminarmente intitulado “**Estratégias utilizadas nos desafios da Gestão de enfermagem de uma rede hospitalar filantrópica**”. A pesquisa tem finalidade acadêmica, sendo desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sob a responsabilidade do pesquisador André Nobre de Oliveira, sob orientação da Profa. Dra Beatriz Gerbassi Costa Aguiar. Esse estudo tem como **objetivos específicos**: conhecer o perfil dos profissionais enfermeiros que atuam na gestão hospitalar da rede, identificar os desafios encontrados pelo gestor de enfermagem e analisar as estratégias utilizadas pelos gestores diante dos desafios encontrados. É um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que será realizado em cinco hospitais privados/filantrópicos, sendo todos da mesma rede hospitalar. A coleta de dados será realizada através de entrevista por videoconferência. Os dados somente serão coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da vossa aprovação. Assumo o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para fins científicos, não utilizar o nome da instituição sem autorização, bem como disponibilizar os resultados obtidos.

Coloco-me à disposição para os esclarecimentos necessários.

Agradeço antecipadamente e espero contar com a sua colaboração.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2017.

Pesquisador Responsável

Profa Orientadora

Assinatura e carimbo do diretor

APÊNDICE 3 - TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO**

TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, **André Nobre de Oliveira**, portador do RG nº 09861514/9, vinculado a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO assumo o compromisso com a rede privada filantrópica Adventista, composta por cinco hospitais: no estado do Rio de Janeiro no município de Itaboraí, no município de Belém/PA, no município de Manaus/AM, no município de São Paulo/SP e no município de Campo Grande/MS) de realizar a pesquisa sob o título de: **“Estratégias utilizadas nos desafios da Gestão de enfermagem de uma rede hospitalar filantrópica”**. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo. O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento. Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Pesquisador (a)

APÊNDICE 4 - Instrumento para Entrevista

Pesquisa: Estratégias utilizadas nos desafios da Gerencia do Serviço de Enfermagem de Hospitais de uma rede hospitalar filantrópica

Identificação

Idade?

Sexo () Masculino () Feminino

Formação profissional:

Ano:

Faculdade/Universidade:

Curso de especialização:

Tempo de exercício profissional:

Área de exercício como gestor de enfermagem:

Roteiro de entrevista

1. Experiência em Gerencia de Serviço de Enfermagem em Hospital de uma rede Filantrópica no Brasil;
2. Há quanto tempo atua como Gerente de Enfermagem neste hospital;
3. Os desafios encontrados na função de Gerente de Serviço de Enfermagem no hospital em estudo;
4. Estratégias utilizadas diante dos desafios na função de Gerente de Enfermagem no hospital em estudo;

ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO CEP-UNIRIO

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS DIANTE OS DESAFIOS NA GESTÃO DE ENFERMAGEM DE UMA REDE HOSPITALAR PRIVADA FILANTRÓPICA

Pesquisador: ANDRE NOBRE DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76507117.4.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.395.872

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objetivo analisar os desafios e estratégias encontrados por gerentes de enfermagem hospitalar. Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. Será realizado em uma rede privada filantrópica composta por cinco hospitais privados/filantrópicos, um no estado do Rio de Janeiro no município de Itaboraí (Hospital geral e privado de porte 1), um no município de Belém/PA (Hospital geral e privado de porte 2), um no município de Manaus/AM (Hospital geral e privado de porte 3), um no município de São Paulo/SP (Hospital geral e privado de porte 1), um no município de Campo Grande/MS Hospital geral e privado de porte 2) sendo todos da mesma rede hospitalar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os desafios e estratégias encontrados por gestores de enfermagem hospitalar.

Objetivo Secundário:

Conhecer o perfil dos profissionais enfermeiros que atuam na gestão hospitalar da rede, Identificar os desafios encontrados pelo gestor de enfermagem e Analisar as estratégias utilizadas pelos gestores, diante dos desafios encontrados.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer 2.385.072

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O benefício esperado do estudo é que os resultados possam fornecer dados sobre os desafios encontrados na gestão no Serviço de Enfermagem.

Possíveis Riscos: A participação na pesquisa poderá expor os participantes a riscos mínimos como cansaço, desconforto pelo tempo gasto durante a entrevista, e ao relembrar algumas sensações diante do vivido com situações desgastantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante no que diz respeito à gestão de enfermagem no espaço hospitalar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: ok;
- Termo de anuência das 5 Instituições: ok;
- Cronograma: ok;
- Descrição do recursos: ok;
- TCLE: ok;
- Termo de responsabilidade do pesquisador: Apresentado, porém não assinado;
- Instrumento: ok.

Recomendações:

- Assinar o Termo de Responsabilidade do Pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Acatada às pendências relativas ao TCLE e a apresentação do Termo de Responsabilidade do Pesquisador.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_981720.pdf	12/11/2017 18:00:01		Aceito
Outros	TERMODERESPONSABILIDADECOMA INSTITUICAO.docx	12/11/2017 17:59:17	ANDRE NOBRE DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	12/11/2017 17:58:40	ANDRE NOBRE DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	12/11/2017 17:55:13	ANDRE NOBRE DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 298

Bairro: Urca

CEP: 22.200-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep.unirio00@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.395.872

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	UNIRIOMestradoEnfermagemPROJETO DEPESQUISA2.doc	12/11/2017 17:54:49	ANDRE NOBRE DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.docx	12/11/2017 17:54:18	ANDRE NOBRE DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOESTUDOHOSPITALSP. pdf	11/09/2017 00:58:03	ANDRE NOBRE DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOESTUDOHOSPITALPE NFIGO.pdf	11/09/2017 00:56:51	ANDRE NOBRE DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOESTUDOHOSPITALMA NAUS.pdf	11/09/2017 00:56:30	ANDRE NOBRE DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOESTUDOHOSPITALITA BORAI.pdf	11/09/2017 00:56:15	ANDRE NOBRE DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOESTUDOHOSPITALBE LEM.pdf	11/09/2017 00:55:57	ANDRE NOBRE DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	11/09/2017 00:41:35	ANDRE NOBRE DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 23 de Novembro de 2017

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com