

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI

**REVELANDO AS PRÁTICAS DE LIDERANÇA DO
ENFERMEIRO NO COMPLEXO CONTEXTO DA ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS
2013**

GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI

**REVELANDO AS PRÁTICAS DE LIDERANÇA DO
ENFERMEIRO NO COMPLEXO CONTEXTO DA ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE**

Tese apresentada à banca examinadora do Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade da UFSC.

Orientadora: Dra. Betina Hörner
Schlindwein Meirelles
Linha de pesquisa: Administração em
Enfermagem e Saúde

**FLORIANÓPOLIS
2013**

Lanzoni, Gabriela Marcellino de Melo

Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica à Saúde / Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni ; orientador, Betina Hörner Schindwein Meirelles - Florianópolis, SC, 2013.
295 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Liderança. 3. Administração Pública. 4. Atenção Básica à Saúde. I. Meirelles, Betina Hörner Schindwein. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

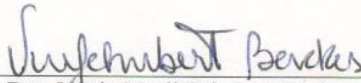
GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI

**REVELANDO AS PRÁTICAS DE LIDERANÇA DO
ENFERMEIRO NO COMPLEXO CONTEXTO DA ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 12 de julho de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles
Presidente



Dra. Clarice Maria Dall'Agnol
Membro



Dra. Maira Buss Thofehn
Membro



Dra. Astrid Eggert Boehs
Membro



Dra. Selma Regina de Andrade
Membro



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro

AGRADECIMENTOS

À **Betina Horner Schlindwein Meirelles**, minha orientadora, que depositou mais uma vez confiança no meu trabalho e permitiu que nossa amizade se fortalecesse durante essa trajetória.

Aos **membros da Banca Examinadora** Astrid E. Boehs, Selma Regina de Andrade, Alacoque L. Erdmann, Maira Thorfehrn, Clarisse Dall'Agnoll, Vânia S. Backes, por suas críticas e relevantes contribuições ao produto final deste estudo.

À **Coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)**, pela atenção e seriedade com que trabalham na busca constante pela excelência.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pelo fomento ao longo da minha trajetória acadêmica, como Iniciação Científica, Bolsista de Mestrado, Bolsista de Doutorado e Bolsista em estágio doutoral no exterior, o qual foi realizado na Universidade de Alberta, Edmonton, Canadá, no período de agosto à dezembro de 2012.

À **University of Alberta (UofA)**, em especial à minha supervisora Prof. Greta Cummings e às Professoras Sylvia Barton e Judy Mill, pelo incentivo e acolhida calorosa em um dos desafios mais difíceis que já enfrentei.

À **Carmen Pallett, Dayna Kliachik e Leanne Johnson**, meu carinho especial e minha gratidão por sua atenção para além das questões acadêmicas durante meu Estágio Doutoral.

À **Emilene Reinsdorfer e Meireile Tavares**, por compartilharem minhas saudades de casa e alegrias ao explorar um novo mundo durante o Estágio Doutoral.

À **Vera Radünz**, por sua disponibilidade para realizar a interlocução entre à UFSC e a UofA.

Ao **Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES)**, por ser um espaço de

crescimento acadêmico e pessoal.

À **Prof. Alacoque L. Erdmann**, minha primeira orientadora, suas palavras de incentivo foram muito importantes para composição da minha trajetória acadêmica. Você sempre promoveu oportunidades para o meu desenvolvimento profissional e a conclusão do curso de doutorado é também reflexo disso.

Aos **grandes amigos Aline Pestana, Caroline Cechinel, Luciana Cardoso, Jorge Lorenzetti, Monique Senna, Maria Baggio, Cíntia Koerich, Giovana Higashi, Keyla Nascimento**, pela oportunidade de fazer boas amizades em meio a tanto trabalho!

À **Monica Lino e Ariane Frello**, por continuarem nessa trajetória comigo desde a graduação. Grandes amigas que compartilharam suas experiências em pesquisa, sempre generosas e competentes. Tenho orgulho de vocês!

À **Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis** pela autorização para realização do estudo.

Aos **Enfermeiros participantes e validadores do modelo deste estudo**, por seus depoimentos e pronto interesse em participar da pesquisa.

Meus agradecimentos especiais

Ao **Marco, Laura e Miguel**, que são minha família, meu núcleo e a minha identidade. Obrigada por me fazerem mais feliz, com suas demonstrações de amor e incentivos à busca da minha realização pessoal e profissional.

À **Lila** (*in memoriam*), minha querida mãe, por seu exemplo e valores transmitidos... Este trabalho também é seu.

Ao **meu pai, Cesar, e sua companheira Ju**, por seu carinho em momentos preciosos e apoio incondicional.

Ao **meu irmão Júlio, Ivana e Bruno**, pelo suporte, carinho e atenção.

À **Terezinha e Carlos**, pela compreensão e apoio no alcance dos meus

objetivos.

À todos aqueles que não foram citados aqui, mas que compõem minha rede de apoio e que participaram de alguma forma na elaboração deste estudo.

[...] as pessoas na chefia muitas vezes parecem ter orgulho pelo fato de 'sentirem sua falta', de que ninguém seja capaz de entender e executar seus planos, seu sistema, livros, contas, etc., a não ser elas mesmas. A mim me parece que o orgulho deveria provir, pelo contrário, de ser capaz de dirigir um sistema, zelar pelas provisões, pelos conjuntos sanitários, pelos livros, pela contabilidade etc., de tal maneira que qualquer um pudesse conhecer essas atividades e executá-las em sua ausência ou doença, e que a chefe pudesse passar todo o serviço para outros com a certeza de que tudo correria como sempre e de que sua falta não seria sentida. (NIGHTINGALE, 1989, p.51)

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. **Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica à Saúde**. 2013. 239 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles
Linha de pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender o significado da liderança exercida pelos enfermeiros inseridos nos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS) do município de Florianópolis (SC), elaborando um modelo teórico. Utilizou-se o pensamento complexo de Edgar Morin como referencial teórico, cuja perspectiva oportunizou a compreensão do fenômeno de forma reflexiva, contextualizada e dialógica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem teórico-descritiva, a qual foi conduzida pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O cenário da pesquisa foi a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SC). No que concerne a ABS, o município possui 50 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em cinco Distritos Sanitários. A coleta de dados ocorreu de setembro de 2011 a junho de 2012. A seleção dos participantes foi intencional, por amostragem teórica e apoiada nos seguintes critérios de inclusão: (1) ser enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde por no mínimo dois anos e ter atuado na equipe saúde da família, ou coordenação da unidade básica de saúde ou em cargo administrativo junto ao nível gerencial; (2) ser enfermeiro com *expertise* nos temas “Liderança em Enfermagem” e “Atenção Básica à Saúde” bem como atuar em instituições de ensino superior. O primeiro grupo amostral foi formado por seis enfermeiros de equipe saúde da família. O segundo grupo por sete enfermeiros coordenadores das Unidades Básicas de Saúde. O terceiro grupo por dez enfermeiros gerentes ou diretores do nível central da SMS e, para o quarto grupo, foram selecionados sete enfermeiros com *expertise* nos temas “Liderança em Enfermagem” e “Atenção Básica à Saúde”. No total, trinta enfermeiros foram entrevistados e distribuídos em grupos amostrais. A coleta de dados foi realizada com entrevista individual, semiestruturada, cuja questão inicial foi: fale-me como você compreende e exerce sua de liderança na ABS. O encaminhamento das demais questões foi direcionado pelas pesquisadoras a partir das

respostas dos participantes. As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. A análise dos dados ocorreu de forma concomitante com a coleta dos dados, por codificação aberta, axial e seletiva. O fenômeno *Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica à Saúde*, fundamentado na integração de nove categorias e vinte e uma subcategorias, foi distribuído em componentes do modelo paradigmático. A liderança exercida pelo enfermeiro ocorre no complexo *contexto* da Atenção Básica à Saúde, de acordo com a necessidade de profissionais qualificados e contradições evidenciadas pela rede de relações e interações da gestão pública em saúde. A Atenção Básica à Saúde é considerada complexa, pois articula de forma ativa as múltiplas necessidades dos usuários. Interconecta e também coordena os programas de saúde e os diversos níveis de atenção a partir do trabalho multiprofissional bem como suas fragmentações, descontinuidades e relações político-partidárias. O movimento desses elementos intimamente interligados oportuniza a auto-organização, incentivada pela liderança dos enfermeiros. Dentre as *causas* identificadas para a liderança do enfermeiro, foi evidenciado um conjunto de elementos vinculados à personalidade, ao estímulo da formação e do espaço universitário, às características próprias da profissão, evidenciadas pelo trabalho em equipe e à influência do ambiente. Foram apontados como elementos *intervenientes* com repercussão positiva a experiência profissional prévia, a vivência na comunidade e a confiança estabelecida entre os profissionais e usuários. As limitações nas condições de trabalho, a formação profissional para atuação na ABS e o emprego da supervisão tradicional foram os elementos negativamente relacionados ao exercício de liderança do enfermeiro. Como *estratégias* utilizadas, os enfermeiros buscam o apoio do gestor e, a partir do planejamento, organizam ações de forma conjunta com a equipe, para oportunizar e estimular a participação dos demais profissionais. Recorrem ao diálogo como instrumento que confere dinamicidade às interrelações entre o enfermeiro, equipe e comunidade, a fim de lidar com os conflitos. O aperfeiçoamento das aptições individuais foi potencializado com a formação complementar, tanto por pós-graduação *latu senso* quanto *stricto senso*. A forma como o enfermeiro se insere na equipe e permite a auto-organização do grupo, a partir do movimento conflito-mediação-nova ação, direciona o grupo a alcançar as metas estabelecidas e a satisfação no trabalho. Verifica-se como consequência o estímulo da liderança em contraposição ao individualismo, como um caminho para ampliação da autonomia e da

visibilidade para profissão. Estimular a liderança nos demais membros da equipe de saúde apresenta-se como uma característica do enfermeiro, que está intensamente relacionada com as políticas de saúde, pois contribuem para incentivar a atuação participativa e integrada dos trabalhadores. Vislumbra-se uma organização de enfermeiros sensíveis com as causas profissionais e com as questões da ABS para a realização de cursos, capacitações e associações com foco no desenvolvimento de lideranças desde os estudantes de graduação até os profissionais já inseridos no campo de trabalho. Aponta-se que tanto a compreensão das responsabilidades pelos enfermeiros, enquanto profissionais da saúde atuantes em um contexto complexo, como a luta pela continuidade das ações em saúde e das equipes de trabalho são atitudes que tendem a superar as dificuldades apresentadas na ABS. Indica-se como necessidade o resgate da atuação do enfermeiro da ABS como cuidador, visando à manutenção de suas contribuições na equipe de saúde para fortalecer a complementariedade do binômio líder-cuidador, os quais, neste estudo, são elementos interdependentes. Por fim, defende-se que as relações/interações/associações estabelecidas pelo enfermeiro no exercício da liderança são recursos no processo de cuidar do ser humano, de gerenciar pessoas e busca orientar o aprimoramento de competências nos demais profissionais, a fim de desenvolver, com uma equipe de líderes, a organização do trabalho em saúde no complexo contexto da Atenção Básica.

Palavras-chave: Enfermagem; Liderança; Administração Pública; Organização e administração; Atenção Básica à Saúde.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. **Revealing the nurses' leadership practices in the complex context of Primary Health Care.** 2013. 239 p. PhD in Nursing Doctorate Dissertation. Graduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Brazil, 2013.

ABSTRACT

The present study aimed to understand the meaning of leadership exercised by nurses entered in the services of Primary Health Care (PHC) in Florianópolis (SC), elaborating a theoretical philosophical reference. We used Edgar Morin's complex thought as a theoretical reference, whose perspective provides an opportunity to understand this phenomenon in a reflexive, contextual and dialogical way. This is a qualitative research with theoretical-descriptive approach, which was conducted by Grounded Theory (GT). The scenario chosen for the research was the Municipal Health Service (SMS) in Florianópolis (SC). Regarding the ABS, the county has 50 UBS, distributed in five health districts. Data collection occurred from September 2011 to June 2012. The selection of participants was intentional, supported by theoretical sampling and the following inclusion criteria: (1) being a nurse of the SMS for at least two years and have already worked in the family health team, or coordinating the local health unit or administrative position along managerial level, (2) being a nurse with *expertise* in the topics "nursing leadership" and "ABS", as well as working in higher education institutions. The first group was formed by six nurses in family health team, the second group by seven nurses' coordinators of Local Health Units, the third group by 10 nurse managers or directors of the central level of the SMS and for the fourth group were selected 7 nurses with *expertise* in the topics "nursing leadership" and "Primary Health Care". In total, 30 nurses were interviewed, divided into groups as shown in Table 3. Data collection was performed with individual, semi-structured interviews, using as initial question: Tell me how do you understand and exercise your leadership in ABS? The dispatching of the following questions was directed by the researchers from the responses of the participants. The interviews were audio-recorded and transcribed in their entirety. Data analysis occurred concurrently with the data collect through open, axial and selective coding. The phenomenon *Revealing leadership practices of nurses in the complex context of ABS*, based on the integration of 9 categories and 21 subcategories, distributed components paradigmatic model. The leadership provided by the nurse takes the complex context of ABS, its call for skilled workers and

contradictions highlighted by the network of relationships and interactions in public health management. The ABS is considered complex because it actively articulates the needs of multiple users, interconnects and coordinates health programs and the various levels of care through multi professional work and their fragmentations, discontinuities and party-political relations. The movement of these elements intimately interconnected gives opportunity to self-organization, also encouraged by the leadership of nurses. Among the causes identified for nursing leadership was shown a set of elements linked to personality, training stimulus and the university space, characteristics of the profession, evidenced through teamwork, as well as influence of the environment were identified as intervening elements with positive impact. The elements negatively related to the exercise of nursing leadership were limitations in working conditions, training for work in the ABS, and the use of traditional supervision. As strategies used, nurses seek the support of the manager and, through planning, organize actions jointly with the team, and providing opportunities encouraging the participation of other professionals. They use the dialogue as a tool that gives dynamism to the interrelationships between nurse, staff and community, aiming dealing with conflict. The improvement of individual aptitudes was boosted with additional training through both *lato sensu* and *stricto sensu* post graduation. It was evident that the way the nurse inserts the team and allows self-organization in the group, through movement conflict-mediation-new action, directs the group to achieve the goals and job satisfaction. The stimulus of leadership appears as consequence, opposing the individualism, as a way to increase the autonomy and visibility of the profession. Encouraging leadership in other members of the health team presents itself as a characteristic of the nurse, who is intensely related to health policy and contribute to encourage the participative and integrate performance of workers. It is expected an organization of nurses sensitive to the professional causes and issues of ABS for conducting courses, trainings and associations, focusing on leadership development from graduate students to professionals already in the field. It is pointed out that the understanding of the responsibilities by nurses, as health professionals working in a complex context, as also the struggle for continuity of health actions and work teams are attitudes that tend to overcome the difficulties presented in ABS. It is indicated as a need to rescue the ABS nurse's role as caregiver in order to keep their investment in the health team and strengthening the complementarity of the binomial leader-caregiver, which for this study are interdependent

elements. Finally, it is argued that the relationships/interactions/associations established by the nurse to exercise leadership is a resource to care for the human being, to manage people/teams and guide the enhancement of skills in other professional workers, seeking to work with a team of leaders, the organization of health work inserted in the complex context of Primary Care in Health

Keywords: Nursing, Leadership, Public Administration, Organization and administration; Primary health.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. **Las prácticas de liderazgo del enfermero en el complejo contexto de la Atención Primaria de Salud.** 2013. 239 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo comprender el significado del liderazgo ejercido por los enfermeros vinculados a los servicios de Atención Primaria de Salud en Florianópolis (SC), con la elaboración de un modelo teórico. El pensamiento complejo de Edgar Morin sirvió como marco teórico referencial, cuya perspectiva permitió la comprensión del fenómeno de manera reflexiva, contextualizada y dialógica. Se trata de una investigación cualitativa con enfoque teórico-descriptivo, orientada por la Teoría Fundamentada. La Secretaría Municipal de Salud de Florianópolis (SC) fue el espacio elegido para la realización de la investigación. En lo que se refiere a la Atención Primaria de Salud, el municipio tiene cincuenta Unidades Locales de Salud, distribuidas en cinco distritos sanitarios. La recolección de datos se llevó a cabo de septiembre de 2011 a junio de 2012. La selección de los participantes fue intencional, con muestra teórica, apoyada en los siguientes criterios de inclusión: (1) ser enfermero de la Secretaría Municipal de Salud durante al menos dos años y haber trabajado en el equipo de salud familiar, o en la coordinación de la unidad de salud local, o en puesto administrativo de nivel directivo; (2) ser un enfermero con experiencia en el tema "El liderazgo de enfermería" y "Atención Primaria de Salud", así como también, trabajar en las instituciones de educación superior. El primer grupo de la muestra estaba formado por seis enfermeros del equipo de salud familiar, el segundo grupo por siete enfermeros coordinadores de las Unidades Locales de Salud, el tercer grupo por diez enfermeros gerentes o directores de nivel central de la Secretaría Municipal de Salud y para el cuarto grupo se seleccionaron siete enfermeros con experiencia en el tema "El liderazgo de enfermería" y "Atención Primaria de Salud". Se entrevistaron treinta enfermeros al total, divididos en grupos. La recolección de datos se realizó con entrevistas individuales semiestructuradas, utilizando como primera pregunta: ¿Cómo entiende y ejerce su liderazgo en la Atención Primaria de Salud? La ruta de las demás preguntas fue dirigida por las investigadoras según las respuestas de los participantes. Las entrevistas se grabaron en audio, y posteriormente, se transcribieron en su totalidad.

El análisis de los datos se produjo simultáneamente con la recolección de datos a través de la codificación abierta, axial y selectiva, del cual surgió el fenómeno: *Revelando las prácticas de liderazgo del enfermero en el complejo contexto de la Atención Primaria de Salud*, con base en la integración de las nueve categorías y veintidós subcategorías, distribuidas en componentes del modelo paradigmático. El liderazgo del enfermero se ejerce en el complejo contexto de la Atención Primaria de Salud, y la necesidad de profesionales capacitados y contradicciones son destacadas por la red de relaciones e interacciones de la gestión de salud pública. La Atención Primaria de Salud es considerada compleja porque articula de manera activa las múltiples necesidades de los usuarios, e interconecta y coordina los programas de salud y los diferentes niveles de atención a través del trabajo multidisciplinar, así como las fragmentaciones, discontinuidades y las relaciones político-partidarias. El movimiento de estos elementos íntimamente interconectados permite la auto-organización, la cual es incentivada por el liderazgo de los enfermeros. Entre las causas identificadas para el liderazgo del enfermero se destaca un conjunto de elementos relacionados con la personalidad, el estímulo a la capacitación y el espacio universitario, características propias de la profesión, las cuales son evidenciadas a través del trabajo en equipo, así como la influencia del ambiente. Con relación a los elementos que intervienen con impacto positivo se pueden señalar: la experiencia laboral previa y la convivencia en la comunidad, así como la confianza que se establece entre los profesionales y los usuarios. Los elementos relacionados negativamente al ejercicio del liderazgo del enfermero son las limitaciones en las condiciones de trabajo, la capacitación para el trabajo en la Atención Primaria de Salud, y el uso de la supervisión tradicional. En relación a las estrategias utilizadas se puede mencionar que los enfermeros buscan el apoyo del director, y mediante la planificación organizan acciones en conjunto con el equipo, y proporcionan oportunidades y estímulo para la participación de otros profesionales. Emplean el diálogo como una herramienta que dinamiza las relaciones entre el enfermero, el personal y la comunidad, cuyo objetivo es hacer frente a los conflictos. La mejora de las capacidades individuales se debe a la formación continua a través de los estudios de posgrado, ya sea especialización, maestría y/o doctorado. También se mostró que la forma como el enfermero se inserta en el equipo y permite la auto-organización del grupo es a través del movimiento: conflicto/mediación/nueva acción, que dirige el grupo hacia el logro de los objetivos establecidos y la satisfacción laboral. Como consecuencias se pudo verificar: estímulo de liderazgo en

contraposición al individualismo, como una manera de aumentar la autonomía y la visibilidad de la profesión. Fomentar el liderazgo en otros miembros del equipo de salud se presenta como una característica del enfermero, que está relacionada con las políticas de salud y contribuyen a estimular el desempeño participativo e integrado de los trabajadores. Se vislumbra una organización de enfermeros sensibles a las causas profesionales y a los asuntos de la Atención Primaria de Salud para la realización de cursos, entrenamientos y asociaciones centradas en el desarrollo del liderazgo de los estudiantes de pregrado o de los profesionales que ya están vinculados al campo laboral. Se muestra que la comprensión de sus propias responsabilidades, por parte de los enfermeros, como profesionales de salud que trabajan en un contexto complejo, y la lucha por la continuidad de las acciones de salud y equipos de trabajo, son las actitudes que tienden a superar las dificultades que se presentan en la Atención Primaria de Salud. Se señala como necesidad, el rescate del papel del enfermero como cuidador de la Atención Primaria de Salud con el fin de mantener sus contribuciones en el equipo de salud y fortalecer la complejidad del binomio líder-cuidador, que para este estudio son elementos interdependientes. Finalmente, se argumenta que el liderazgo presente en las relaciones, interacciones y asociaciones establecidas por el enfermero es un recurso en el proceso de cuidar al ser humano, dirigir personas/equipos y orientar la mejora de las habilidades de los demás profesionales, que busca al trabajar con un equipo de líderes, la organización del trabajo en el complejo contexto de la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Enfermería; Liderazgo; Administración Pública; Organización y administración; Atención Primaria de salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
BSC	BALANCED SCORECARD
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
GEPADES	GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO E GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NASF	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
NOB	NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
RAS	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
SC	SANTA CATARINA
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TFD	TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS
UFSC	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS SEGUNDO O ANO DE PUBLICAÇÃO, 2009.	68
FIGURA 2: SETE PRINCÍPIOS QUE SUSTENTAM O PENSAMENTO COMPLEXO PROPOSTO POR EDGAR MORIN.....	88
FIGURA 3: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA SELEÇÃO DOS ESTUDOS A PARTIR DAS BASES DE DADOS.	93
FIGURA 4: DIAGRAMA ELABORADO A PARTIR DA ENTREVISTA 10.	118
FIGURA 5: DIAGRAMA ELABORADO A PARTIR DA ENTREVISTA 4.	118
FIGURA 6: DIAGRAMA ELABORADO A PARTIR DA ENTREVISTA 17.	119
FIGURA 7: DIAGRAMA ELABORADO A PARTIR DA ENTREVISTA 24.	119
FIGURA 8: DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE <i>NURSING LEADERSHIP</i> NO CONTEXTO MUNDIAL.	121
FIGURA 9: DIAGRAMA DO MODELO TEÓRICO "REVELANDO AS PRÁTICAS DE LIDERANÇA DO ENFERMEIRO NO COMPLEXO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE"	183

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SEGUNDO TÍTULO, ANO E PERIÓDICO DE PUBLICAÇÃO, 2011.	94
QUADRO 2: APRESENTAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS, SEGUNDO O NÚMERO DE UBS, 2013.	106
QUADRO 3: DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES, SEGUNDO GRUPO AMOSTRAL, TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA SMS DE FLORIANÓPOLIS E TITULAÇÃO MÁXIMA, 2013.	109
QUADRO 4: CODIFICAÇÃO ABERTA DA ENTREVISTA 3.	113
QUADRO 5: ELABORAÇÃO DOS CONCEITOS DA ENTREVISTA 3.	114
QUADRO 6: ELABORAÇÃO DE SUBCATEGORIAS.	114
QUADRO 7: ELABORAÇÃO DE CATEGORIA A PARTIR DE SUBCATEGORIAS.	114
QUADRO 8: MEMORANDO DA ENTREVISTA DO PARTICIPANTE 3.	117
QUADRO 9: MEMORANDO DA ENTREVISTA DO PARTICIPANTE 24.	117
QUADRO 10: DISTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS AMOSTRAIS SEGUNDO O NÚMERO E O TIPO DE PARTICIPANTE.	226

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	35
INTRODUÇÃO.....	37
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	45
2.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: SUA ORGANIZAÇÃO E INTERFACE COM A GESTÃO PÚBLICA	45
2.2 BREVE RESGATE SOBRE AS TEORIAS DE LIDERANÇA..	56
2.2.1 Teoria dos Traços de Personalidade.....	57
2.2.2 Teoria Comportamental.....	58
2.2.3 Teoria contingencial ou situacional.....	61
2.3 MANUSCRITO 1: LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	63
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	81
3.1 O PENSAMENTO COMPLEXO	81
3.2 MANUSCRITO 2: CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO COMPLEXO PARA A LIDERANÇA DE ENFERMAGEM.....	89
4 MÉTODO.....	103
4.1 LOCAL DO ESTUDO	105
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO E COLETA DOS DADOS..	108
4.3 ANÁLISE DE DADOS.....	113
4.4 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO	120
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	123
5 RESULTADOS.....	125
5.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS SEGUNDO O MODELO PARADIGMÁTICO.....	125
5.1.1 Contexto.....	125
5.1.1.1 A gestão pública da ABS sendo considerada complexa pelos enfermeiros	125
5.1.1.1.1 Emergindo a ABS complexa e com necessidade de profissionais qualificados.....	125
5.1.1.1.2 Percebendo contradições no exercício da liderança pelo enfermeiro inserido na rede de relações e interações da gestão pública.....	128
5.1.2 Condições Causais	133
5.1.2.1 Compondo o perfil do enfermeiro para liderança em saúde	

e sua importância nas organizações	133
5.1.2.1.1 Enfermeiros exercendo liderança mesmo sem cargo formal.....	133
5.1.2.1.2 Graduação como propulsora da liderança desenvolvida	139
5.1.2.1.3 Percebendo a liderança como algo central nas organizações.....	141
5.1.2.1.4 Enfatizando características do enfermeiro líder	143
5.1.3 Condições intervenientes	151
5.1.3.1.1 Valorizando a experiência profissional prévia e a vivência na comunidade.....	151
5.1.3.1.2 Confiança estimulando o bom relacionamento entre profissionais e comunidade.....	153
5.1.3.2.1 Relacionando liderança à supervisão tradicional	155
5.1.3.2.2 Revelando relações de poder no exercício da liderança	157
5.1.3.3.1 O cuidado direto do enfermeiro retroalimentando a atividade gerencial e de liderança	158
5.1.3.3.2 Estrutura física e gestão de pessoas repercutindo na liderança do enfermeiro	161
5.1.4 Estratégias	165
5.1.4.1.1 Considerando o planejamento uma ferramenta em construção	165
5.1.4.1.2 Buscando apoio do gestor superior	167
5.1.4.2.1 Dialogando para lidar com conflitos e facilitar o acesso	168
5.1.4.2.2 Utilizando as tecnologias comunicacionais para potencializar a comunicação	170
5.1.4.3.1 Formação complementar potencializando a qualificação do serviço.....	171
5.1.4.3.2 Inserindo-se na equipe e investindo na auto-organização do grupo	172
5.1.5 Consequências	175
5.1.5.1.1 Sendo um bom líder ao trabalhar com um time de líderes	175
5.1.5.1.2 Vislumbrando a organização dos enfermeiros para o desenvolvimento de lideranças como um desafio para a profissão	177
5.2 MODELO TEÓRICO	179
5.2.1 A categoria central ou fenômeno: revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica	

à Saúde	179
5.3 MANUSCRITO 3 - ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UM CONTEXTO COMPLEXO PARA LIDERANÇA DO ENFERMEIRO	184
5.4 MANUSCRITO 4 - CONDIÇÕES CAUSAIS PARA O EXERCÍCIO DA LIDERANÇA DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	202
CONSIDERAÇÕES FINAIS	247
REFERÊNCIAS	253
APÊNDICES.....	277
ANEXOS	287

APRESENTAÇÃO

Este estudo buscou discutir a Liderança exercida pelo enfermeiro da Atenção Básica à Saúde (ABS), seguindo os pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados e do pensamento complexo em seis capítulos.

No Capítulo 1, apresentamos a problematização do tema, elementos relevantes do contexto nacional e internacional, visando justificar a importância do estudo, a questão de pesquisa, objetivo e pressupostos.

No capítulo 2, elaboramos uma objetiva revisão de literatura sobre a ABS e suas relações com a gestão pública, bem como um resgate sobre Liderança com enfoque nas teorias clássicas e na discussão mais recente sobre o tema Liderança e Enfermagem no período de 2000 à 2010.

No capítulo 3, descrevemos sucintamente os principais conceitos da Teoria da Complexidade, algumas peculiaridades da vida de Edgar Morin e as contribuições do pensamento complexo para a liderança de enfermagem.

Elucidamos, no capítulo 4, as características da Teoria Fundamentada nos Dados e a trajetória metodológica adotada para coleta e análise dos dados, bem como construção do modelo teórico.

A etapa de validação do modelo foi especialmente favorecida com a realização do Estágio Doutoral na University of Alberta, Edmonton, Canadá, durante o segundo semestre de 2012. Dentre os objetivos do estágio, buscamos validar o modelo teórico explicativo com enfermeiros canadenses, tendo em vista que o Sistema Único de Saúde (SUS) também foi inspirado no sistema de saúde canadense.

No capítulo 5, apresentamos a descrição detalhada dos resultados, pois julgamos pertinente a apresentação descritiva dos mesmos com base nos componentes do paradigma ou modelo paradigmático proposto por Strauss e Corbin (2008), bem como os 3 artigos elaborados à partir dos achados conforme Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

No capítulo 6, realizamos reflexões e apontamentos finais sobre a pesquisa, indicando suas potencialidades, limites e contribuições para o trabalho em saúde.

INTRODUÇÃO

A história do gerenciamento inicia-se com a divisão do trabalho, na qual o trabalhador foi obrigado a vender sua força de trabalho a outro e o capitalista passou a controlar e gerir todos os elementos constituintes deste sistema. A unidade de concepção e execução passou a ser dissolvida para o trabalhador, cuja concepção foi destinada à outra pessoa: o gestor (BRAVERMAN, 1987).

A gerência científica foi um movimento proposto por Frederick W. Taylor, nas últimas décadas do século XIX, visando aplicar um método científico aos problemas complexos e crescentes do controle do trabalho nas empresas capitalistas em rápida expansão. Tal sistema era tão somente um meio para que a gerência efetuasse o controle concreto de todas as atividades no trabalho, desde a mais simples até a mais complexa, a fim de provocar a alienação do trabalhador (BRAVERMAN, 1987; PIRES, GELBCKE, MATOS, 2004).

A separação do trabalho mental do trabalho manual, reflexo da construção histórica desenvolvida até então, influenciou na construção da enfermagem moderna, que se transformou radicalmente na segunda metade do século XIX através da reformulação de Florence Nightingale. Essa preconizou a divisão técnica do trabalho, na qual as *ladies nurses* se encarregavam da administração da enfermagem e as *nurses* ficavam responsáveis pelo cuidado de enfermagem (MIRANDA, 1996).

Florence legitima uma hierarquia institucional ao delegar posições de chefia e superintendência às *ladies nurses* por possuírem alto nível social e treinarem aprendizes para o cuidado propriamente dito, as *nurses*, de nível social inferior (MIRANDA, 1996).

O exercício profissional da enfermagem é regulamentado pela Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, a qual legitima a atuação de quatro profissionais: enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras. A presente configuração ainda privilegia a manutenção da estratificação das atividades entre os membros da equipe. É atribuída ao enfermeiro a função de dirigente, ou seja, planejamento, organização e direção dos serviços de enfermagem e das atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços (BRASIL, 1986).

Dentre as diversas áreas de atuação da enfermagem, destaca-se o trabalho dos enfermeiros nos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS), pois desde o final dos anos de 1920, as visitadoras sanitárias e as enfermeiras adquiriram prestígio profissional. Por isso, são reconhecidas como importantes atores nos serviços de saúde pública, com ações de

impacto na educação, higiene e administração (FARIA, 2006). Assim, tradicionalmente, o enfermeiro exerce atividades gerenciais e de liderança por atuar à frente de equipes de enfermagem, pois auxilia ativamente na implantação dos serviços de saúde.

Desde 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), preconizaram-se mudanças nas equipes de saúde ‘tradicionais’ com a inserção de um novo trabalhador, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e incorporação de novos conceitos para a atuação multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2006; 2011b).

As equipes de saúde da família são compostas por enfermeiro, médico, dentista, auxiliar de consultório dentário, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. As atividades realizadas passaram a possuir ações comuns que estimulam prática integrada e atribuições específicas que fomentam a participação no gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento adequado das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2006; 2011b). Neste contexto, todos os profissionais tornaram-se corresponsáveis pela gerência da unidade, assim, a gerência dos serviços de saúde da ABS deixa de ser uma atribuição exclusiva do enfermeiro.

Entretanto, ser coordenador ou gerente do serviço de saúde difere do conceito de ser líder. Este é considerado o elo de apoio para a equipe de saúde tanto no que se refere à coordenação do serviço quanto em relação à educação. Estimula-se o desenvolvimento do potencial coletivo, o que interferirá diretamente na qualidade da assistência (GELBKE et al., 2006), independente do cargo que desempenhe.

O interesse da autora em trabalhar a temática liderança surgiu a partir da vivência e do desenvolvimento de estudos no Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES), enquanto membro ativo desde a graduação. Além de atuar na linha de pesquisa Administração, Gerência de Enfermagem e Saúde com foco predominante na ABS.

Entretanto, foi durante o desenvolvimento da sua dissertação de Mestrado em Enfermagem, cujo objetivo principal era compreender os significados atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma UBS de Florianópolis (SC) às suas redes de relações e interações (LANZONI, 2009), que se iniciaram os primeiros apontamentos sobre o novo objeto de estudo. Nesse estudo, foram realizadas entrevistas com os ACS e alguns profissionais da equipe (enfermeiros, médicos e dentista), cujos relatos evidenciaram o enfermeiro como importante elemento que influencia a equipe de saúde ao liderar e mediar relações

entre os trabalhadores através da comunicação.

Haja vista atuarem como coordenador da UBS e supervisor das equipes de enfermagem e de ACS, os enfermeiros foram considerados indispensáveis no serviço de saúde, uma vez que àqueles percebiam que não aproveitavam ao máximo o seu potencial e também sentiam-se inseguros na ausência do enfermeiro. Ainda, apontavam seu significativo desempenho no intercâmbio de informações, no fomento de relações harmônicas, na articulação das ideias e identificação das necessidades, enquanto enfoque integrador (LANZONI, 2009).

Com destaque, em outros estudos, a liderança e a comunicação também foram evidenciadas como características importantes para o enfermeiro (AMESTOY 2009a; SANTOS, SILVA, 2003; GALVÃO et al., 2000; CASTRO, GALVÃO, SAWADA, 1999). Todavia, a comunicação foi utilizada como um recurso para o sucesso da liderança, pois permite ao profissional o desempenho de suas ações de acordo com as inter-relações com o cliente, a instituição e a equipe de saúde.

O líder está no centro do fluxo de informações formais e informais na organização em que atua. Caracteriza-se na condição de melhor informado sobre ocorrências e eventos de seu ambiente organizacional (TREVIZAN et al., 1998). Neste sentido, o enfermeiro apresenta-se como profissional ativo nos serviços de atenção básica à saúde. Logo, oportuniza uma liderança inevitável, causada pelo seu envolvimento nos diversos fluxos de informações e também por omissão ou desinteresse dos demais profissionais no exercício de coordenar grupos de trabalho (VICENZ et al., 2010).

A ABS visa promover tanto a integração da equipe de saúde como uma nova forma de trabalhar aberta à interdisciplinaridade e horizontalidade das relações, dentre outras estratégias, através da cogestão dos recursos e compartilhamento das decisões nos serviços de saúde. Neste sentido, torna-se pertinente investigar o exercício da liderança de enfermeiros, uma vez que atividades gerenciais, tradicionalmente desenvolvidas por enfermeiros, são realizadas também pelos demais membros da equipe de saúde. A exemplo, dados de um estudo realizado com os gerentes das UBS no contexto nacional apontam que 81,6% eram formados em Enfermagem e que 18,4% pertenciam a outras áreas, como: Administração, Assistência Social, Biologia, Ciências Contábeis, Direito, Economia, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, História, Medicina, Nutrição, Odontologia, Pedagogia e Assistência Social. Com exceção da Medicina, que foi o curso de graduação de 3,1% dos participantes, as demais formações apresentavam menos de 1% dos gerentes pesquisados (CUNHA et al.,

2011).

Embora liderança não deva ser confundida com direção ou gerência, um bom dirigente ou gerente deve ser necessariamente um bom líder. O líder pode não ocupar o cargo de gerente, mas certamente se fará presente em todos os níveis da organização. Contudo, é na gerência que reside o ponto mais crítico da liderança, considerando que neste nível são direcionadas as metas e atividades para serem realizadas por toda a organização (CHIAVENATO, 2009).

Verifica-se que a liderança do enfermeiro tem influência sobre a repercussão do cuidado oferecido ao paciente e equipe de enfermagem, uma vez que foi apurado em ampla revisão sistemática acerca do impacto da liderança de enfermagem sobre a resposta do tratamento dos pacientes. Nela, constatou-se que os estilos de liderança de enfermagem com abordagens relacionais foram associados à redução dos eventos adversos, complicações, mortalidade bem como ao aumento da satisfação do paciente (WONG, CUMMINGS, 2007). Ainda, Cowdent et al. (2011) indicam a existência de uma relação positiva entre a liderança transformacional do enfermeiro e a intenção dos trabalhadores de Enfermagem em continuar no mesmo trabalho.

Haja vista as mudanças estarem cada vez mais rápidas assim como o surgimento de novas tecnologias, o enfermeiro não utiliza apenas um estilo de liderança, ele tem se adaptado em resposta às novas situações (VESTERINEN; ISOLA; PAASIVAARA, 2009). A liderança ‘democrática’ é o estilo predominante nos diversos contextos de atuação do enfermeiro e está pautada no compartilhamento da tomada de decisão e na horizontalidade da comunicação com vistas a ampliar as possibilidades de ser e fazer das organizações a partir da contribuição de seus trabalhadores (VESTERINEN, ISOLA; PAASIVAARA, 2009; REZENDE, 2007; MOREIRA, SILVA, 2007; GELBCKE et al., 2006; SPAGNOL, FERRAZ, 2002; LOURENÇO, TREVIZAN, 2001; TREVIZAN et al., 1998).

Assim, neste estudo, a liderança é considerada “um processo grupal, onde ocorre certa influência com a finalidade de alcançar uma meta. Portanto, está ligada a um sentido de ação, um senso de movimento, passível de ser aprendida” (LOURENÇO; TREVIZAN, 2001, p. 15). As instituições de ensino superior, de acordo como seus currículos organizados por conteúdos específicos oportunizam o aprendizado das competências profissionais.

Neste sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais estabeleceram como competências necessárias para o exercício da enfermagem: a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e

gerenciamento, educação permanente e liderança. Essa última trata da capacidade de assumir a posição de líder na equipe multiprofissional de saúde, permeada por atributos como compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz visando à qualidade de vida da população (BRASIL, 2001).

Entretanto, verifica-se certa insatisfação em relação ao processo de ensino e aprendizagem da liderança durante sua formação no nível superior, por haver descompasso entre o ensino e o mercado de trabalho (AMESTOY, 2010). Lourenço e Trevizan (2001) asseveram que, durante anos, as fragilidades no processo formativo vêm sendo identificadas. Logo, confirma-se a necessidade de estratégias para o aprimoramento desta competência ainda durante a graduação, uma vez que o desenvolvimento da mesma é facilitado pela existência de um potencial que existe em todos os indivíduos, mas que muitas vezes não tem a chance de ser despertado.

Mesmo diante dos obstáculos enfrentados pelos enfermeiros em sua formação e sabendo que esses possuem importante papel junto às equipes saúde da família, verificou-se em uma pesquisa realizada junto à população brasileira que mais de 95% das pessoas que procuraram os serviços de saúde (público ou privado) foram atendidas na primeira tentativa. Ainda, mais de 85% dos atendidos consideraram o atendimento 'muito bom ou bom'. A pesquisa também constatou que, em 2008, 27,5 milhões de domicílios brasileiros estavam cadastrados na Estratégia Saúde da Família (IBGE, 2010). Entretanto, em contraste a tais achados, Munhoz (2002) afirma que foi verificado que os enfermeiros gestores possuem pouco conhecimento sobre custos, especialmente, no que se refere a utilizá-los como ferramenta para prática profissional. Já Silveira et al. (2010) identificaram fragilidades na gestão nos serviços de Atenção Básica em Estados localizados no Sul e Nordeste do Brasil, no que tange à regulação, ao controle, avaliação e auditoria.

Há problemas na formação atrelados às rápidas mudanças no sistema de saúde, valorização do saber técnico, e a posição formal de gestor ocupada por enfermeiros na rede de Atenção Básica não lhes garante o poder de liderança, pois o que autoriza a alguém agir como líder é ser reconhecido como tal.

Quando há oposição à concepção de mero controle, a liderança passa a ser entendida como uma ação coletiva, na qual não há como desconsiderar a interdependência estabelecida entre líderes e liderados, os quais estão conectados e constituem teias estruturais que compõem e

caracterizam interações, acomodadas em um “emaranhado de redes inseridas em redes maiores” (CAPRA, 2004, p. 45). Nas organizações e na sociedade, todos os fenômenos e processos se originaram de interações dinâmicas de muitos agentes interdependentes e complexamente entretecidos (indivíduos, fatores, forças, influências) (DIMITROV, 2003). Neste sentido, o fato de entender como os fenômenos e processos emergentes acontecem no exercício da liderança, a fim de explorar e compreender tal dinâmica e potencialidades para o estabelecimento de mudanças e transformações na realidade, poderá contribuir para orientar a prática de profissionais que desejam desenvolver essa competência e ampliar o entendimento sobre a importância do líder e suas interações dinâmicas.

A liderança caracteriza-se como importante recurso no processo de cuidar do ser humano e de gerenciar pessoas, todavia, precisa ser mais bem desenvolvida e utilizada pela enfermagem. Para tanto, o pensamento complexo pode contribuir para a ampliação do conceito de liderança para além de uma ferramenta gerencial, pois, em sua essência, comporta a luta contra o reducionismo, a fragmentação mutilante do saber e a incapacidade de pensar a crise. A complexidade é aquilo que concebe a articulação das múltiplas dimensões dos fenômenos em sua pluralidade, complicação, incerteza e erro (MORIN, 2008a). Também há que se considerar que no “paradigma da complexidade, o líder é visto como um indivíduo que *emerge* naturalmente das interações grupais”, com capacidade diferenciada de pensar, intuir, sentir, experienciar, relacionar-se com e influenciar os outros (DIMITROV, 2003).

Quando falamos em liderança imediatamente nos reportamos às relações do trabalho em equipe, o que certamente não se trata de um campo harmonioso (FORTUNA et al., 2005). Logo, discutir liderança é discutir relações interpessoais, as quais são complexas em sua natureza. No entanto, são aspectos inerentes à dinâmica do trabalho em equipe, podendo haver a transformação de situações conflituosas em oportunidades de crescimento, quando bem trabalhadas.

Frente ao exposto, elaborou-se a seguinte **pergunta de pesquisa**: como os enfermeiros experienciam e significam o exercício da liderança nos serviços de Atenção Básica à Saúde?

Para responder à questão norteadora desta tese, construiu-se o seguinte **objetivo**: compreender o significado da liderança exercida pelos enfermeiros inseridos nos serviços de Atenção Básica à Saúde do Município de Florianópolis (SC), a partir da elaboração de um modelo teórico.

Acredita-se que esse estudo viabiliza, através da abordagem do

tema em sua complexidade, a abertura de novas comunicações, novo pensar e agir em saúde, visando discutir o exercício da liderança do enfermeiro na Atenção Básica, com todas as suas relações e interações. Nesse sentido, busca-se defender o pressuposto de que as relações/interações/associações estabelecidas pelo enfermeiro no exercício da liderança são recursos no processo de cuidar do ser humano, de gerenciar pessoas e busca orientar o aprimoramento de competências nos demais profissionais, a fim de desenvolver, com uma equipe de líderes, a organização do trabalho em saúde no complexo contexto da Atenção Básica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo está composto por três partes: as duas primeiras elucidarão, a partir da breve síntese elaborada pela revisão narrativa da literatura, questões relacionadas à organização dos serviços de Atenção Básica, sua interface com a Gestão Pública bem como as Teorias de Liderança. Na terceira parte, foi realizada uma revisão sistematizada acerca do tema Liderança à Enfermagem, que resultou em um artigo intitulado - Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura, já publicado na Revista Latino Americana de Enfermagem em 2011 (LANZONI; MEIRELLES, 2011) e como Anexo A. Destaca-se que este capítulo não tem a intenção de esgotar a discussão sobre os temas apresentados, mas evidenciar algumas questões que elucidam e delimitam, minimamente, os principais eixos de sustentação deste trabalho.

2.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: SUA ORGANIZAÇÃO E INTERFACE COM A GESTÃO PÚBLICA

Os serviços fundamentais de saúde no Brasil foram organizados com base nos pressupostos da Atenção Primária em Saúde (APS), descritos na Declaração de Alma-Ata, na qual saúde é compreendida como um direito humano elementar, caracterizado pelo completo bem estar físico, mental e social e não somente a mera ausência de doença (WHO, 1978).

Ainda, foi atribuída aos governos a responsabilidade pelo seu povo, os quais deveriam desenvolver políticas públicas que permitissem manter uma vida social e economicamente ativa. Para tanto, a APS é considerada a chave para atingir tal meta, como parte do desenvolvimento do espírito de justiça social (WHO, 1978).

Esta concepção trouxe repercussões importantes na forma de conceber a saúde, além de mudanças nas políticas de saúde com foco na promoção da saúde. No Brasil, em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se reafirmou a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Assim, recomendou-se a criação de um Sistema Único de Saúde descentralizado e democrático.

A partir da 8ª Conferência, o processo de democratização da saúde denominou-se 'Reforma Sanitária', no qual a sociedade brasileira passou a dispor de um conjunto doutrinário e de proposições políticas voltadas para a saúde e com interesse popular (PAIM; TEIXERA, 2007).

Este cenário, enriquecido pelo conceito de Promoção de Saúde que havia sido discutido e registrado na Carta de Ottawa, em 1986, permitiu, em seus fundamentos, a elaboração de um sistema de saúde que contemplasse ações ambientais, políticas e de mudança no estilo de vida (WESTPHAL, 2008).

Por conseguinte, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado como produto da Reforma Sanitária Brasileira (VASCONCELOS; PASCHE, 2008) e assumiu os seguintes princípios: a universalidade para as ações de saúde, a descentralização e novo formato organizativo para os serviços, regidos pela integralidade, regionalização, hierarquização bem como a participação popular (BRASIL, 1990a; 1990b)

O SUS, caracterizado como um sistema nacional de saúde, começou a ser implementado a partir dos anos noventa, com a elaboração da Lei Orgânica da Saúde e das Normas Operacionais Básicas (NOB) como instrumentos de regulamentação do sistema (BRASIL, 1997).

Entretanto, somente em junho de 2011, o SUS foi regulamentado, sendo organizado a partir das Regiões de Saúde e Redes de Atenção à Saúde (RAS). A primeira refere-se à um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, com características culturais e sócio-econômicas semelhantes, cujos sistemas de informação e transporte são compartilhados, viabilizando as ações em saúde. Já as RAS constituem-se em um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011a).

A organização em níveis crescentes de complexidade na rede regionalizada e hierarquizada se relaciona com as portas de entrada no sistema, compostas pela: ABS, serviços de urgência e emergência, centro de atenção psicossocial e outros especiais de acesso aberto. Já os hospitais, ambulatorios especializados, e demais serviços com maior complexidade e densidade tecnológica serão referenciados pelas portas de entrada (BRASIL, 2011a).

Nesta trajetória, a ABS foi se moldando, e na década de 90, por ter atingido bons resultados na redução da morbidade e mortalidade materna e infantil, a atuação de Agentes Comunitários de Saúde foi institucionalizada como política nacional, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 (BRASIL, 1994). O PACS deu origem ao Programa Saúde da Família em 1994, o qual foi posteriormente denominado como Estratégia Saúde da Família.

Registra-se que o PACS e a ESF foram inspirados em outras ações de saúde anteriores realizadas em várias regiões do País. Alguns exemplos são: o Médico da Família, de Niterói, os Agentes Pastorais da Igreja Católica (voluntário), as visitadoras sanitárias da Fundação SESP, dentre outras de menor dimensão. Além da atuação dos médicos pés descalços da China e similares em Cuba, Canadá e Inglaterra (LIMA; MOURA, 2005).

Assim, a ESF foi eleita como modelo de reorientação da assistência e descrita na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como:

estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p. 54).

A ABS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, mantendo-se como contato preferencial dos usuários com o sistema e sendo a principal porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011b).

A ABS possui como fundamentos ou diretrizes para o trabalho junto à comunidade: ter território adstrito para o estabelecimento de ações setoriais e intersetoriais; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre equipe de saúde e população; coordenar a integralidade em seus vários aspectos; e, estimular a participação dos usuários no exercício do controle social (BRASIL, 2011b).

Considerando a organização do SUS em RAS para um cuidado integral e voltado às necessidades de saúde da população, a atenção básica tem como atributo ser o primeiro ponto de atenção e porta de entrada do sistema, juntamente com serviços de atenção urgência e emergência e atenção psicossocial, bem como ser constituída de equipe multidisciplinar. Constituindo-se como parte integrante de uma densa e imbricada rede de serviços de saúde, a ABS deve cumprir algumas funções para contribuir para este novo arranjo: ser a base, ser resolutiva,

coordenar o cuidado e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, além de ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2011b).

A Atenção Básica à Saúde foi inspirada na APS, ou seja, é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece entrada para todas as novas necessidades e problemas; fornece atenção sobre a pessoa em qualquer condição de saúde, exceto as muito raras e coordena atenção fornecida nos demais níveis ou setores do sistema (STARFIELD, 2002). Logo, possui como pressupostos:

Assim, para Starfield (2002), a APS deve promover acessibilidade, ou seja, permitir o uso do serviço a cada novo incidente/ episódio de um problema. Em relação à longitudinalidade, entende-se a UBS como fonte regular de atenção à saúde, para que sua utilização ocorra de forma periódica no decorrer do tempo e propicie a formação de vínculo entre profissionais e usuários. Neste contexto, a integralidade refere-se a fazer ajustes ou associações para que o usuário de saúde receba todos os tipos de serviços que necessita. E a coordenação diz respeito à capacidade do serviço dar segmento aos cuidados dos usuários nos diversos níveis de saúde, ou seja, portar informações sobre problemas e serviços utilizados anteriormente e o reconhecimento daquelas, pois está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002).

Ressalta-se que embora tenha havido crescimento no aporte de recursos financeiros para a Atenção Básica no período de 1990 a 1995, o valor é ainda considerado insuficiente pelos gestores. Como agravante, o financiamento federal mantém-se fragmentado, privilegiando programas específicos e limitando, desta forma, a tomada de decisão dos gestores locais no que concerne à alocação dos recursos (CASTRO; MACHADO, 2010).

Mesmo que a ESF apresente-se como um modelo de atenção à saúde de baixo impacto aos cofres públicos, são necessários investimentos, pois visa trabalhar com foco no núcleo familiar e vínculo diferenciado com o usuário do serviço de saúde. Para tanto, a mesma preconiza a atuação a partir de uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional, composta por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde que trabalham na definição do território de abrangência, cadastramento da clientela adstrita na área da UBS.

Indica-se que cada equipe seja responsável por no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, atendida pela equipe multiprofissional supracitada, podendo acrescentar a esta composição, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011b).

Haja vista a prática da territorialização, visitas domiciliares, educação em saúde nas escolas e na comunidade, ações interdisciplinares e intersetoriais, espera-se que os profissionais identifiquem os problemas de saúde e situações de risco na comunidade e assim desenvolvam um plano de ação para cuidar de forma integral que responda às necessidades dessas pessoas (BRASIL, 2011b).

Grando e Dall'agnoll (2010) destacam a importância das reuniões de equipe na ESF, enquanto espaços para construção de projetos e planos de atendimentos coletivos, pela possibilidade de diálogo e expressão de opiniões visando à efetiva construção do trabalho em equipe.

Para a equipe de saúde, o usuário é compreendido em sua singularidade, na complexidade, integralidade e inserção sociocultural. O mesmo busca a promoção de sua saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2011b).

Como reflexo dessas ações, dezesseis anos após sua criação, a ESF possui uma média de 30.328 equipes que atingem 52,2% da população brasileira, ou seja, aproximadamente 100,1 milhões de pessoas distribuídas em 5.294 municípios (BRASIL, 2011c). O incrível aumento da cobertura populacional demonstra que mais da metade dos brasileiros estão sendo acompanhados por profissionais da UBS e possuem uma equipe de saúde como referência quando necessitam. No entanto, a implementação desse novo modelo ainda tem alguns desafios a serem superados, dentre eles está a dimensão gerencial.

A coordenação das UBS deve ser compartilhada nesse novo modelo de atenção, fazendo com que todos os profissionais sejam partícipes no gerenciamento de insumos, no processo de planejamento, na execução e avaliação das atividades desenvolvidas para as famílias (BRASIL, 2011b). Evidencia-se que as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na ESF estão relacionadas à estrutura física e à falta de mais profissionais de saúde, pois na ausência de alguns membros da equipe, o enfermeiro deixa de cumprir suas atividades para realizar outras ações (RANGEL et al., 2011). Confirmando este achado,

Vicenz, Girard e Luca (2010) indicam que a liderança do enfermeiro não ocorre de forma natural na ABS, porém, é entendida como produto da dinâmica do processo de trabalho.

Segundo Viana e Dal Poz (2005), embora exista maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde nas metrópoles, em especial os de média e alta complexidade, são ainda identificadas fragilidades quanto à qualidade e resolutividade, tornando complexa e morosa a organização dos serviços da ABS. Ainda, iniciativas de gestão terceirizada de UBS no município de Salvador, Bahia, foram apontadas como frágeis nas dimensões organizacional e de sustentabilidade, que consequentemente, comprometem a manutenção da dimensão operacional em longo prazo (MELO et al., 2009). Contudo, em 2011, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS) definiu a ABS como coordenadora do cuidado, estruturante do sistema, ordenadora da rede de atenção a fim de permitir o acesso, o estudo do caso, a longitudinalidade e continuidade (CONASEMS, 2011).

Entretanto, verificam-se fragilidades no atendimento ao usuário de saúde na ABS, evidenciadas pela fragmentação da assistência, a qual dificulta tanto a efetivação de vínculo entre profissionais e comunidade como a continuidade e a coordenação do cuidado em outros níveis de atenção (COELHO; JORGE, 2009). Cecílio (1997) assevera que a pirâmide utilizada para representar o modelo de saúde do SUS indicaria uma possibilidade de racionalização do atendimento, tendo em vista o fluxo ordenado de pacientes que circulam tanto de baixo para cima como de cima para baixo, utilizando os mecanismos de referência e contrarreferência, na qual a ABS seria a entrada preferencial do usuário no sistema de saúde.

Destaca-se que, embora a atuação dos profissionais inseridos nas equipes da saúde da família ultrapasse os limites na UBS, pois é sua atribuição o acompanhamento do usuário quando encaminhado a outros níveis de assistência, constata-se o desafio de resgatar a integralidade como princípio, uma vez que estudos apontam que a contra-referência não é prática comum nos serviços de saúde (GIOVANELLA et al., 2009; ALMEIDA, FAUSTO, GIOVANELLA, 2011; MELO et al., 2009).

Reconhece-se a complexidade dos problemas em saúde e verifica-se que os hospitais continuam sendo ‘porta de entrada’ de serviços de pronto-atendimento, urgência e emergência e unidades básicas de saúde. Assim, Cecílio (1997) afirmou que o sistema de saúde deveria ter o usuário como centro de sua atenção e dispor de uma relação mais horizontalizada entre os serviços. Assim, propõe a estrutura

de um círculo com várias portas de entrada, localizadas em diferentes pontos do sistema a partir das necessidades do usuário.

Desta forma, as redes de serviço de saúde têm sido apontadas como proposta para a organização desses, nas quais cada serviço com características próprias não terá graduação diferenciada, a fim de potencializar a comunicação de forma horizontal e deixar de existir a hierarquia (BRASIL, 2010). Para Mendes (2010, p. 2300), as redes de atenção à saúde são:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010, p. 2300).

Nesta concepção de redes, cada nó é um serviço de saúde capaz de oferecer suporte necessário para cumprir as demandas e funções específicas. A ABS, composta pelas unidades de saúde e equipes da Estratégia Saúde da Família, nesta perspectiva, continuaria com a função de alimentar os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde, formados por conexões materiais e imateriais, denominando-se como nó intercambiador (MENDES 2010).

Assim, visando contemplar a complexidade das demandas e ações em saúde e inverter a dinâmica de organização do serviço em favor do usuário, as redes são múltiplas e entrelaçadas. Apresentam diversos serviços com enfoque no setor específico e interface com serviços de outros setores como justiça, assistência social, educação, trabalho, dentre outros (MENDES 2010).

Assim, a ABS inclui-se na ordem de serviços conduzidos pela gestão pública, na qual o Estado estabelece uma relação inteiramente distinta com seus servidores, quando comparada com a esfera privada. Nas organizações públicas, seja em nível federal, estadual ou municipal, os cargos e as funções são criações legais que se destinam ao exercício dos agentes, que são pessoas físicas (MEIRELLES; ERDMANN, 2008).

A discussão sobre gestão pública remete a alguns aspectos. Inicialmente, a via preferencial para exercício de cargo público é pela

investidura de concurso público que, após o cumprimento e a aprovação no estágio probatório, o indivíduo torna-se agente efetivo, pois adquire estabilidade no serviço público. Este é um elemento inexistente na esfera privada, sendo algumas vezes considerado erroneamente como um privilégio no setor público, pois visa proteger o servidor de possíveis pressões de governantes temporários e de compensação de alguns deveres e restrições que recaem exclusivamente sobre os servidores públicos e não sobre os empregados do setor privado (COELHO, 2009).

Aponta-se que com vínculos não estáveis, os profissionais ficam sujeitos à instabilidade política, logo, repercutindo negativamente na sua dedicação e seu comprometimento aom a instituição (DUARTE; OLIVEIRA, 2012). Heponiemi et al. (2012) asseveram que a falta de estabilidade e insegurança no trabalho foram identificados por trabalhadores da enfermagem como elementos causadores de preocupação e sofrimento. Porém, observou-se a redução desses após a confirmação positiva de emprego de liderança. Por seu potencial de vínculo e qualidade do cuidado, sugere-se como estratégia para o trabalho em saúde a manutenção de profissionais/equipes estáveis nos serviços, ou seja, com menor rotatividade (HAYES et al., 2011).

Entretanto, constata-se que o servidor público está habituado a políticas e planos de carreira fundamentados na estabilidade e na remuneração fixa, mas esses elementos são pouco eficientes para a mudança no padrão de motivação do indivíduo. Apesar de desejáveis por promover a obtenção de resultados coletivos e individuais, alguns programas de avaliação de desempenho e de remuneração variável, conforme ocorre na esfera privada, encontram significativas resistências à sua implantação e prática na esfera pública (OLIVEIRA; SANT'ANNA; VAZ, 2010).

Ainda, os líderes públicos devem lidar com múltiplas metas de diferentes ordens, quando comparados aos líderes do setor privado, os quais têm como objetivo final o lucro. Além disso, é indicada a limitação em relação ao tempo no cargo relativo às mudanças na administração e a estabilidade do cargo público dos liderados (HOUIJBERG, CHOI, 2001; OLIVEIRA, SANT'ANNA, VAZ, 2010). Nessa direção, verifica-se que a administração de pessoas na gestão pública constitui-se em um importante desafio aos líderes e gestores, considerando que a cultura organizacional é formada a partir de valores, processos, normas e sistemas já estabelecidos e propagados no setor.

Constatam-se também críticas em relação ao processo de seleção, que na gestão pública ocorre por meio de concursos públicos, que em sua maioria restringem-se à provas objetivas. Em determinados projetos

de maior complexidade poderiam ser coordenados por pessoas com formação diferenciada, com perfil executivo e destinados para tal cargo, considerando a diferenciada atuação em cargos gerenciais e de coordenação. (OLIVEIRA; SANT'ANNA; VAZ, 2010).

Entretanto, na iniciativa privada, na qual é comum a inexistência de um plano de cargos, salários e carreira bem como ocorre forte influência do componente da informalidade na progressão funcional, há um importante desdobramento sobre outra significativa variável na organização do trabalho, que são os índices de rotatividade (BARBOSA, 2010).

No que tange à diversidade de vínculos dos profissionais de saúde na ESF, aponta-se que a mesma pode ter relação com a forma em que ocorreu a descentralização do SUS. Ressalta-se que houve o surgimento de demandas políticas e restrições jurídico-legais nas múltiplas realidades municipais que propiciaram tal diversidade (TAVEIRA; SOUZA; MACHADO, 2012).

Outra importante disparidade entre os cargos da esfera pública e os empregos na iniciativa privada é que o Estado reserva algumas prerrogativas, visando ajustar a Administração Pública tanto às mudanças da sociedade quanto às necessidades coletivas. Embora o Estado não realize demissões de servidores estáveis, ele pode punir e realocar o mesmo bem como transformar ou extinguir o cargo em que ele se encontra investido (COELHO, 2009).

As possibilidades de desvinculação de servidores desinteressados são limitadas após sua aprovação no estágio probatório. Assim, os gerentes/coordenadores dos serviços de saúde, especialmente os vinculados à dimensão pública, possuem restrita autonomia em relação às regulamentações no plano formal. Isso limita a liberdade para a contratação, demissão e a negociação local dos termos dos contratos de trabalho, a saber: flexibilização das remunerações, metas qualitativas ou quantitativas, estabelecimento de mecanismos de incentivo ou sanção (BARBOSA, 2010).

Melo, Goulart e Tavares (2011) também verificaram em seu estudo a dificuldade de coordenar os serviços e equipes de saúde devido à ausência de autonomia, com destaque para as limitações decorrentes de aspectos políticos como a insegurança no cargo de coordenador/gerente, uma vez que inesperadamente pode haver substituição das pessoas.

Ao atuar em um serviço da ABS, orientado pela Gestão Pública brasileira, os líderes devem levar em consideração os princípios consagrados pelo Direito Público (COELHO, 2009). O primeiro deles, a

legalidade, refere-se à estrita obediência da lei. Este princípio constitui a supremacia da lei, visando evitar o arbítrio dos governadores. Assim, as ações estatais em sua totalidade deverão ser realizadas respaldadas nas leis.

Já a *moralidade* é o segundo princípio, que se refere ao conjunto de comportamentos, mutáveis ao longo do tempo, que se convencionou como desejável para o bom convívio em sociedade, exigidos dos servidores na sua prática profissional (COELHO, 2009). Verifica-se na literatura científica que é fundamental a incorporação de aspectos éticos, baseados em valores morais da profissão, no código de ética, nos direitos do paciente e respeito na prática do enfermeiro, a fim de favorecer a uma assistência completa e de qualidade (ROSENSTOCK et al., 2011). Segundo Oliveira, Sant'anna e Vaz (2010), ações mais burocráticas são vinculadas à imagem do gestor, enquanto as habilidades e aptidões para coordenar grupos foram relacionadas ao líder. Entretanto, na ESF, os enfermeiros coordenadores das UBS têm o desafio de lidar com as demandas burocráticas e o gerenciamento de profissionais que estão em contato direto com público (MELO; GOULART; TAVARES, 2011). O que lhes exige ações cautelosas e com possibilidade de articulação dentro dos limites da lei e da moralidade.

O terceiro princípio é a *impeccabilidade*, a qual trata de não fazer acepções pessoais tanto em relação a quem age, pois quem age será sempre o Estado representado pelo servidor, bem como o objetivo da ação que deverá prevalecer o interesse público e não o interesse pessoal dos indivíduos envolvidos no processo (COELHO, 2009).

A Enfermagem, como profissão essencialmente relacional, assume a responsabilidade de se solidarizar com os problemas vivenciados por pessoas, grupos, família sem, contudo, sobrepor interesses individuais nas relações de cuidado estabelecidas. Costa e Miranda (2012) apontam que os enfermeiros ainda precisam investir em formação continuada, além de estratégias e tecnologias relacionais para garantir o acesso universal, equidade, qualidade da atenção e humanização para consolidação da ESF.

O quarto princípio é o da *publicidade* que indica a transparência e divulgação que devem envolver os atos da Gestão Pública. A partir desse, garante-se que determinados processos sejam de conhecimento público, como as vagas para concursos públicos, licitações, serviços oferecidos nas UBS, campanhas de saúde, dentre outros. Logo, os líderes pertencentes à gestão pública na atuação devem utilizar-se de capacidade de comunicação. Os memorandos e ofícios são instrumentos

de comunicação formais que devem ser concisos, objetivos e claros, visando à compreensão e execução dos mesmos, os quais são amplamente utilizados por gestores (COELHO, 2009). Saliencia-se que a sobrecarga do fluxo de documentos nas organizações públicas causam lentidão e evidentes prejuízos para os seus usuários, portanto, terão que ser combatidos. Lanzoni e Meirelles (2012) identificaram que os processos formais e informais de comunicação ocorrem nos serviços de ABS em saúde, com destaque para atuação dos enfermeiros no aprimoramento do diálogo como uma ferramenta de gestão, desburocratização e de agilidade, no entanto não garantem a publicidade dos atos.

A *eficiência* é o quinto princípio, cujo enfoque aponta para a racionalidade econômica na busca pela melhor relação custo-benefício na contratação de pessoas, serviços e equipamentos, considerando os demais princípios citados anteriormente (COELHO, 2009). Destaca-se que na busca pela aplicação desse princípio, alguns líderes na gestão pública encontram dificuldades, considerando a existência de alguns elementos inibidores como cargos com atividades minuciosamente documentadas ou o reduzido controle e autonomia sobre os recursos (HOOIJBERG, CHOI, 2001; OLIVEIRA, SANT'ANNA, VAZ, 2010). Neste sentido, a pouca clareza em relação ao trabalho do ACS na EFS gerou sobre esses: insegurança, desvalorização além de se evidenciar o despreparo dos gestores na introdução deste trabalhador na comunidade. Sob esta ótica, constata-se que, nos últimos anos, surgiram iniciativas para regulação dos serviços oferecidos na ABS voltados para a requalificação da ESF, os quais envolvem avaliação dos indicadores de saúde e investimento nos profissionais e serviços de saúde, de acordo com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e a Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (SAVASSI, 2012).

A íntima relação e interdependência entre os princípios orientadores da ABS e da Gestão Pública evidenciam a complexa articulação a ser realizada pelos enfermeiros líderes em sua atuação diária na condução de equipes multiprofissionais, programas e serviços de saúde. Entretanto, quando se fala de liderança, faz-se necessário resgatar as teorias de liderança e sua relação com a área da saúde e a enfermagem, outro elemento importante para compreensão da problemática deste estudo.

2.2 BREVE RESGATE SOBRE AS TEORIAS DE LIDERANÇA

O termo liderança tem sido utilizado sob diversos pontos de vista ao longo da história da humanidade, tendo em vista que se registra o seu uso desde 825 d.C (HOUAISS, 2001). Apesar de ter sido objeto de discussão durante esta trajetória, ainda não há uma definição universal para o termo nem sobre o estilo dos líderes (ROBBINS, 2005). Rost (1991, p. 102), ao revisar o conceito de liderança entre 1900 e 1990, verificou mais de 200 definições diferentes, das quais elaborou a seguinte assertiva: “liderança é uma relação entre líderes e liderados que pretendem realizar mudanças reais que refletem seus propósitos mútuos”.

Neste sentido, aponta-se que, pelo imenso conjunto de significados sobre a palavra liderança, não há um consenso em relação aos principais elementos que a influenciam nem se é a natureza da personalidade ou do ambiente que desperta o indivíduo para o ato de liderar (ROBBINS, 2005).

Na Teoria Clássica da Administração, enfatizava-se exclusivamente a autoridade formal, relacionando liderança às chefias dos níveis hierárquicos superiores sobre os inferiores, cujas funções referiam-se à produtividade e eficácia do processo de trabalho dos subordinados. Ainda, enaltecia-se a necessidade de hierarquia nas instituições, nas quais cada setor deveria ter um chefe único, o qual deve ser submisso ao chefe geral da organização (MAXIMIANO, 2007).

Assim, destaca-se que, ao longo da História da Administração, a maior parte da literatura sobre liderança foi desenvolvida durante a Escola das Relações Humanas, assumindo-se rapidamente a ênfase nas pessoas, com envolvimento da comunicação e dinâmicas de grupos (CHIAVENATO, 2004).

À partir da década de 80, foi desenvolvida a chamada nova perspectiva da liderança, na qual tiveram por base a gestão do simbólico, envolvendo teorias como liderança carismática, liderança visionária, e liderança Transformacional, liderança *coaching*, entre outras. Bryman (1996) e Azevedo (2002) reforçam que cada teoria representou mais uma mudança na ênfase do que uma superação das anteriores.

Por este motivo, dentre as teorias de liderança conhecidas, foram selecionadas as clássicas para compor um breve resgate das características elementares e apresentar as diferentes formas de atuação de líderes frente a sua equipe ou situações, a saber: Teoria dos traços de personalidade, Teoria comportamental e Teoria contingencial ou

situacional de liderança.

2.2.1 Teoria dos Traços de Personalidade

É a mais antiga abordagem sobre liderança e caracteriza-se como a primeira sistematização sobre os estudos de liderança que datavam entre 1904 e 1948. Assim, foram identificados trinta e quatro traços de personalidade considerados típicos de bons líderes (BERGAMINI, 1994).

O conceito de liderança estava vinculado ao de chefia, a fim de representar ideias do movimento clássico, na qual o líder é o indivíduo que foi designado formalmente como chefe e atua de forma controladora com foco sobre as tarefas. Como naquele período o modelo de natureza humana era o homem econômico, entendia-se que a única fonte de motivação das pessoas era o incentivo financeiro (AGUIAR et al., 1998).

À época, visava-se reconhecer os atributos dos indivíduos considerados líderes natos, a partir de testes psicológicos relacionados à personalidade de pessoas diferenciadas e reconhecidas institucional e publicamente como líderes (BERGAMINI, 1994). Naqueles, buscava-se identificar e avaliar, principalmente, três conjuntos de atributos: fatores físicos como altura, peso, condições de saúde; fatores de personalidade como a agressividade, a extroversão, a autoconfiança; e, habilidades características como a fluência verbal, a escolaridade, o nível de conhecimento (FRANÇA; ARELLANO, 2002).

Na abordagem dos traços, os líderes nascem líderes, ou seja, não há relação nem influência do meio externo ou demais aspectos. Esses possuem qualidades superiores, identificáveis por serem duradouras e específicas (BASS, 1990).

No que tange aos estudos na área da Enfermagem, diversos pesquisadores buscam caracterizar os enfermeiros líderes. Destacam-se os estudos desenvolvidos por Amestoy et al. (2009a) que apontam a comunicação, o conhecimento, a responsabilidade, o bom senso e o autoconhecimento como elementos identificados por enfermeiros na construção de sua liderança. Já Simões (2001) evidenciou como importantes alguns atributos como credibilidade, conhecimentos e experiências, comportamento participativo, comunicabilidade, motivação, capacidade de resolução de problemas e de tomada de decisão.

No entanto, segundo Robbins (2005), no final da década de 30, a fase da personalidade entrou em declínio tendo em vista o excessivo

determinismo e as lacunas identificadas na apresentação de consenso entre os principais traços comuns aos grandes líderes, sendo alguns desses mais bem descritos como comportamentos.

2.2.2 Teoria Comportamental

Diferentemente da teoria dos traços, a abordagem comportamental ressaltava o agir e o fazer dos líderes, a fim de investigar a relação desse comportamento com a eficácia do líder. Nesta teoria, o foco sai das características próprias do líder e se desloca para a capacidade de intercambiar experiências e comportamentos com os demais liderados (BOWDITCH; BUONO, 2002).

Enfatiza-se o que a liderança é mais bem compreendida em termos de ações adotadas por um indivíduo ao liderar um grupo, e não mais isoladamente sobre o líder. Assim, durante as décadas de 50 e 60, pesquisadores das Universidades de Ohio e Michigan como Lewin, Fleishman, Likert e outros foram os principais responsáveis pelas investigações feitas em tomo dos estilos de liderança. Durante esse período, as investigações envolviam líderes e liderados utilizando questionários como uma técnica de coleta de dados, para a obtenção resultados quantificáveis em sua maioria além de apresentar, de maneira objetiva, o comportamento dos líderes (BERGAMINI, 1994).

Para Lewin, importava saber quem tomava as decisões em um grupo, se o dirigente, o grupo como um todo ou se cada pessoa era livre para fazer sua escolha. Este autor distinguiu seis tipos de liderança, sendo os três principais compostos pela autocracia, democracia pura e *laissez faire*. Como as formas principais ofereceram dificuldade para interpretação de muitas situações encontradas na vida real, desenvolveram-se outros três tipos intermediários, formados pelo paternalismo, o debate sem líder e a imposição da maioria (MAXIMIANO, 2007).

Lanzoni e Meirelles (2011) apontam em revisão integrativa sobre liderança do enfermeiro que, a partir da literatura, foi possível a identificação de dois estilos principais: o autoritário e o autêntico. No primeiro, o líder centraliza poder na tomada de decisão, se posiciona encontra no topo da escala hierárquica e percebe tanto o prestígio como a responsabilidade suas ações. Já na liderança autêntica, o líder promove a participação dos demais membros da equipe nos planejamento das ações bem como na tomada de decisão. Essa também é centrada na comunicação e na busca por melhores resultados.

As pesquisas de Fleishman apontavam a liderança orientada por

comportamentos focados na ênfase que o líder dá para tarefas ou pessoas. Os dois estilos de liderança foram teorizados para explicar como os dirigentes atuam diante de dilemas relacionados à produção e pessoas, permitindo indicar qual tipo é mais eficaz à organização (BOWDITCH; BUONO, 2002).

Enquanto a liderança orientada para tarefas compreende o modelo autocrático de uso de autoridade, com líderes socialmente distantes dos liderados e mais interessados no alcance das metas do que com o grupo que a executa. A liderança orientada para pessoas indica comportamentos classificados dentro do modelo democrático, no qual os líderes tendem a se preocupar com os funcionários (MAXIMIANO, 2007). Segundo Bergamini (1994), após diversos estudos, pesquisadores de Michigan apontaram que os chefes com orientação para pessoas foram considerados eficazes pelos seus subordinados.

Em uma ampla revisão sistemática realizada por Wong e Cummings (2007) sobre o impacto da liderança de enfermagem no resultado de saúde dos pacientes, os autores observaram que os estilos de liderança de enfermagem com abordagens relacionais, voltados para as pessoas, foram associados positivamente à redução dos eventos adversos, complicações, mortalidade e ao aumento da satisfação do paciente, quando comparados com estilos voltados para tarefas.

Como se pensava em relação aos estilos democráticos e autocráticos, a liderança com foco nas tarefas e pessoas, também foram considerados opostos e excludentes por muito tempo. Entretanto, verificou-se que os líderes podem combinar os dois estilos ou enfatizá-los simultaneamente, a partir do estilo de liderança bidimensional (MAXIMIANO, 2007). De acordo com Hersey e Blanchard (1986), o último estilo compreende quatro categorias: tarefa alta e relacionamento baixo (pouca ênfase); tarefa e relações elevadas; relacionamento alto e tarefa baixa; relacionamento baixo e tarefa baixa.

No final da década de 60, Likert desenvolveu, a partir de seus estudos, uma classificação para a liderança composta por quatro estilos (MAXIMIANO, 2007). Denominada como Sistema 4, a teoria poderia ser representada em espaço bidimensional com eixos x e y, no qual representariam respectivamente as forças motivacionais utilizadas pela organização e o quanto são efetivas no grupo de trabalhadores bem como o grau de funcionalização da organização.

O sistema 1 ou autocrático coercitivo é o primeiro estilo descrito, no qual a tomada de decisão está centrada no líder. Há pouca relação de confiança com os subordinados, os quais são motivados pelo medo da punição predominantemente. No sistema 2 ou autocrático-benevolente,

o líder mantém a centralização da decisão e controle intenso. Entretanto, ele motiva as pessoas com recompensas e utiliza-se da punição e do medo com menor intensidade. No sistema 3 ou consultivo, há predomínio nas relações de confiança com os subordinados, evidenciados por consultas antes da tomada de decisão. Para motivar, utiliza a comunicação e recompensa e, eventualmente, a punição. No sistema 4 ou participativo, o líder promove a participação dos subordinados na tomada de decisão e construção dos objetivos, possui confiança total nos mesmos e as recompensas são com base no envolvimento, pois as contribuições, ideias e opiniões sempre são consideradas (LIKERT; LIKERT, 1979).

Em uma pesquisa conduzida por Fávero et al (1997), realizada com vinte e sete (27) enfermeiros do contexto hospitalar, os autores apontaram que a liderança exercida pelos enfermeiros-chefes equivalia aos sistemas Participativo (61%) e Autoritário (39%).

Uma das classificações mais populares, o Grid Gerencial, desenvolvido por Blake e Moun-ton, a partir de uma escala, apresenta cinco estilos distintos visando explicar a liderança fundamentada em duas dimensões principais: o interesse pelas pessoas e pela produção (MAXIMIANO, 2007).

Tal classificação pode gerar 81 combinações sobre a orientação dos líderes para produção e pessoas. Entretanto, aponta a identidade de cinco estilos essenciais: 9.1; 1.9; 1.1; 5.5; e 9.9. A primeira posição (9.1) caracteriza-se por focar na produção, na autoridade do líder e no poder coercivo. O segundo estilo (1.9) refere-se ao foco máximo nas pessoas como o bom relacionamento com os subordinados. O terceiro tipo (1.1) apresenta orientação mínima tanto para a produção como para as pessoas, na qual o líder faz o mínimo necessário para se manter na organização. A quarta posição (5.5) trata-se do líder com desempenho satisfatório na organização de acordo com um equilíbrio entre as metas da produção e as boas relações com as pessoas para ser aceito pelo grupo. Já o quinto estilo (9.9) apresenta o líder com orientação máxima para as pessoas e para a produção e busca participação ativa do grupo (BLAKE; MOUTON, 1987).

Em estudo realizado por Fávero et al (1997), os autores identificaram que 54% dos enfermeiros de uma instituição hospitalar apresentavam o estilo 9.9. Balsanelli e Cunha (2006) também verificaram que os estudos que utilizaram o Sistema Grid para verificar as expectativas da equipe de enfermagem sobre a liderança do enfermeiro e o comportamento ideal e real deste profissional foram unânimes em encontrar o estilo 9,9 com maior pontuação.

Segundo Maximiano (2007), críticas à esta teoria sugeriram na medida que estudiosos consideravam a não existência de um estilo melhor que o outro, independente da situação. À partir disso, a “situação” passou a ganhar maior visibilidade e passou enfoque de estudos sobre liderança.

2.2.3 Teoria contingencial ou situacional

Na abordagem contingencial ou situacional, o líder eficaz tem que se adaptar às situações. Assim, a ênfase não está sobre uma variável isolada do líder, o comportamento, diante da passividade do grupo de subordinados. Verifica-se, então, a inclusão do comportamento dos liderados e do ambiente organizacional nas investigações sobre liderança, tornando-as um pouco mais complexas (BERGAMINI, 1994).

Chiavenato (2004) afirma que com a evolução dos estudos sobre as organizações, verificou-se que sob a influência da teoria dos sistemas, não havia como considerar os elementos das organizações separadamente, tendo em vista que tal teoria considera como aspectos principais em uma organização: a totalidade, a qual significa que a organização é mais que a soma das suas partes. É também o propósito definido pela função da organização e não pela sua estrutura.

Para Maximiano (2007), o principal problema dessa teoria é identificar qual estilo ajusta-se melhor a cada situação, sendo necessário responder antes a outra pergunta: como avaliar as situações?

Os pesquisadores Tannenbaum e Schmidt (1986) propuseram critérios para avaliar o ambiente organizacional com base: no próprio gerente, considerando que o líder é influenciado pela sua formação, valores, conhecimento e experiência; nos funcionários, os quais receberiam a oportunidade de maior liberdade e participação proporcionalmente à sua demonstração de capacidade de organização, de assumir responsabilidade, dentre outros; e, na situação, que se refere à atenção com o clima organizacional, as tarefas, o tempo para sua realização, dentre outros.

Por outro lado, Fiedler (1967) apresenta outros três elementos a serem considerados, que permitem avaliar o grau de favorabilidade da situação para o líder. As relações entre líder e liderados, o grau de estruturação das tarefas e o poder da posição do líder na organização. Para Maximiano (2007), o modelo de Fiedler negligencia as competências dos líderes e desconsidera os seguidores na sua investigação.

O modelo de Hersey e Blanchard (1986) reconhece que o grau de

maturidade do subordinado pode influenciar a capacidade e o interesse em fazer um bom trabalho, característica esta que se configura como principal aspecto da situação. Na sua classificação, os autores diferenciam quatro estilos: E1 – comando, E2 – venda, E3 - participação e E4 – delegação. Segundo Maximiano (2002), as principais críticas se concentram na baixa precisão para medir a maturidade das pessoas e que a identificação de somente quatro estilos torna o modelo excessivamente simples.

O avanço das teorias contingenciais em relação às outras iniciativas que consideravam a liderança como algo inato foi o fato de ampliarem-se as possibilidades de articulação dos líderes, entendendo que aquela pode ser desenvolvida. A partir daquele momento, em diversas partes do mundo, surge um elevado número de cursos e programas para o desenvolvimento de liderança (BERGAMINI, 1994).

No que concerne à identificação de elementos provenientes do ambiente organizacional, Amestoy et al. (2009b) asseveram que os seguintes elementos influenciam a atuação do enfermeiro líder: remuneração, recursos materiais, autonomia e apoio institucional, rotatividade, desvalorização da profissão, e falta de incentivo ao desenvolvimento de líderes. Ademais, a falta de incentivo para o aprimoramento dos enfermeiros frente à liderança constitui-se em um problema institucional que pode ser minimizado pela educação permanente e a criação e implantação de programas de desenvolvimento de líderes na enfermagem.

2.3 MANUSCRITO 1: LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA¹

RESUMO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, que buscou evidenciar e discutir as principais características do conceito de liderança e do enfermeiro líder, bem como suas contribuições para a prática em enfermagem e saúde/, a partir de publicações científicas de enfermagem indexadas na base de dados *Medical Literature and Retrival System on Line* (MEDLINE) entre 1998 e 2008. Seguindo os critérios de inclusão, totalizou-se 36 estudos selecionados para análise, dos quais 89% (33 artigos) foram publicados em periódicos estrangeiros e 11% (3) publicados em periódicos nacionais. Os perfis de enfermeiros líderes encontrados foram o autoritário e o autêntico, sendo a liderança evidenciada como uma ferramenta organizacional que articula comunicação, relações interpessoais, planejamento, o compromisso com o êxito e a resolutividade de conflitos. A educação apresenta-se como fundamental para a formação de líderes, relacionando diretamente a valorização da titulação acadêmica com o aperfeiçoamento dessa competência.

Descritores: Liderança; Enfermagem; Pesquisa em Administração de Enfermagem.

LEADERSHIP OF NURSES: AN INTEGRATED REVIEW OF LITERATURE

ABSTRACT

This is an Integrative Review of Literature, that sought to highlight and discuss the main features of the concept of leadership and the nurse leader, and his contributions to the practice of nursing and health from scientific journals of nursing indexed in the database Medical Literature

¹ LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura; Liderazgo del enfermero: una revisión integradora de la literatura. **Revista latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.3, p. 651-658, 2011.

and Retrieval System on Line (MEDLINE) between 1998 and 2008. According the inclusion criteria, amounted to 36 studies selected for analysis, 89% (33) articles were published in foreign journals and 11% (3) published in national journals. The profiles of nursing leaders have found the authentic and authoritative, with demonstrated leadership as an organizational tool that combines communication, interpersonal relations, planning, commitment to success and the resolution of conflicts. The education is presented as essential for the formation of leaders, relating directly the valorization of academic titles with the improvement of this competence.

Descriptors: Leadership; Nursing; Nursing Administration Research.

EL LIDERAZGO DE LOS ENFERMEROS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA INTEGRADA

RESUMEN

Se trata de una revisión bibliográfica integrada, cuyo objetivo es poner de relieve y discutir las principales características del concepto de liderazgo y del enfermero líder, y SUS contribuciones a la práctica de enfermería y la salud, em lãs revistas científicas de enfermería indexadas en la base de datos *Medical Literature and Retrieval System on Line* (MEDLINE) entre 1998 y 2008. De acuerdo con los criterios de inclusión, se seleccionaron 36 estudios para el análisis, de los cuales, el 89% (33) de los artículos se publicaron en revistas extranjeras, y el 11% (3) publicados en revistas nacionales. Los perfiles de los líderes de enfermería encontrados en el estudio son: el líder autoritario y el auténtico, cuyo liderazgo es un instrumento de organización que combina la comunicación, las relaciones interpersonales, la planificación, el compromiso con el éxito y la resolución de los conflictos. La educación se presenta como esencial para la formación de líderes, en relación directa de la valorización de los títulos académicos con la mejora de esta competencia.

Descriptors: Liderazgo; Enfermería; Investigación en Administración de Enfermería.

INTRODUÇÃO

O trabalho de enfermagem, como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se em várias dimensões como: cuidar/assistir, administrar/ge-renciar, pesquisar e ensinar. Dentre elas, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do

enfermeiro (PERES; CIAMPONE, 2006). Não diferentemente, tanto na Atenção Básica quanto no contexto hospitalar, o enfermeiro desempenha a função assistencial e de gerência, sendo líder da equipe de enfermagem e administrando as unidades de saúde, responsabilizando-se pelos recursos materiais e humanos.

No entanto, a adoção do Programa Saúde da Família, em 1994, como modelo de reorganização da assistência no contexto nacional, posteriormente denominado como Estratégia Saúde da Família, impôs mudanças às equipes de saúde ‘tradicionais’, que se deparou com novos conceitos e diretrizes, com a inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a proposta para uma atuação interdisciplinar. Assim, as equipes multiprofissionais, designadas como Equipes Saúde da Família, compostas por enfermeiro, médico, dentista, auxiliar de consultório dentário, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, passaram a possuir atividades comuns que estimulam a prática interdisciplinar e a “participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde” (UBS) (BRASIL, 2011b).

Uma vez que todos os profissionais se tornaram corresponsáveis pela gerência da unidade, quais fatores influenciam para que o enfermeiro seja posicionado como líder nas UBS ou no contexto hospitalar? O enfermeiro é um líder ou não? Ser líder é uma função inerente ao enfermeiro?

A competência ‘liderança’ diz respeito a estar apto a assumir a posição de líder na equipe multiprofissional de saúde, objetivando o bem-estar da comunidade, e considerando no seu exercício o compromisso, a responsabilidade, a empatia, a habilidade para tomada de decisões, a comunicação e o gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2001). Embora a desenvoltura para se comunicar e a habilidade para persuasão sejam características natas em algumas pessoas, o desenvolvimento da liderança é facilitado pela existência de um potencial existente em todos os indivíduos, mas que muitas vezes não tem a chance de ser aprimorado (LOURENÇO; TREVISAN, 2001).

Assim, o enfermeiro emerge, historicamente, como líder da equipe por possuir ou por ter desenvolvido durante sua formação uma visão ampliada dos sistemas ‘ser humano’, ‘cuidado’ e ‘saúde’, para além do que é visível. Ele articula os saberes e ações necessários para ofertar uma assistência criativa e de qualidade. No entanto, considerando-se as diferentes percepções e influências dos tipos de lideranças adotadas pelos serviços de saúde, questiona-se: Como o conceito de liderança e o perfil do enfermeiro líder vêm sendo descritos

ao longo da última década, nas publicações científicas de enfermagem e saúde? E quais são as suas contribuições para a prática em Enfermagem? Nesse sentido, objetivou-se evidenciar e discutir as principais características do conceito de liderança e do enfermeiro líder bem como suas contribuições para a prática em enfermagem e saúde, a partir de publicações científicas de enfermagem e saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa para a identificação de produções sobre o tema Liderança e Enfermagem, entre 1998 e 2008. Adotou-se a Revisão Integrativa da Literatura (GANONG, 1987), uma vez que ela contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando à compreensão de um determinado tema a partir de outros estudos independentes.

A Revisão Integrativa da Literatura propõe o estabelecimento de critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado. Para tanto, foram adotadas seis etapas indicadas para constituição da Revisão Integrativa da Literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados; e 6) reportar de forma clara a evidência encontrada (GANONG, 1987).

A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações indexadas na base de dados *Medical Literature and Retrieval System on Line* (MEDLINE), no mês de setembro de 2009. E foi acessada através do *link* disponibilizado pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina (BU/UFSC).

Foram adotados os seguintes critérios para seleção dos artigos: todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência, etc.); artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise; aqueles publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, entre os anos de 1998 a 2008; e artigos que contivessem em seus títulos e/ou resumos os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *Leadership AND Nursing*. O recurso utilizado na pesquisa foi a expressão 'termo exato', associada aos descritores específicos. O critério de exclusão dos artigos relacionou-se aos estudos que não atendessem aos critérios de inclusão ora

mencionados.

Do material obtido, cinquenta e oito (58) artigos, procedeu-se à leitura minuciosa de cada resumo/artigo, com destaque para aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, a fim de organizar e tabular os dados. Para a organização e tabulação dos dados, as pesquisadoras elaboraram um instrumento de coleta de dados contendo: título, periódico, ano de publicação, País do estudo, categoria do estudo, natureza do estudo, referencial teórico, método de análise, enfoque, conceito de liderança, perfil do enfermeiro líder e contribuições para a prática. Seguindo os critérios de inclusão, obteve-se um total de trinta e seis (36) estudos selecionados para análise, os quais estão referenciados no presente texto.

Procedeu-se à análise bibliométrica para caracterização dos estudos selecionados. Posteriormente, foram extraídos os conceitos abordados em cada artigo e de interesse das pesquisadoras. Os trabalhos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sob a forma de categorias empíricas, sendo construídas três categorias para análise, assim especificadas: “Perfil do enfermeiro líder”; “Liderança como ferramenta organizacional”; e “Educação para liderança”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se que 89% dos artigos (33) foram publicados em periódicos estrangeiros e 11% deles (3) foram publicados em periódicos nacionais.

Os países de origem dos estudos estavam assim distribuídos: Estados Unidos (EUA) 36,11% (13); Canadá 22,22% (8); Austrália 8,33% (3); Reino Unido 8,33% (3); Brasil 8,33% (3); Espanha 5,55% (2); Finlândia, Noruega, Suécia e Taiwan totalizaram 11,1% dos estudos, sendo um artigo para cada nação.

Os estudos selecionados foram classificados quanto à sua categoria de publicação, conforme explicitado pelos periódicos, assim especificados: 69,44% (25) pesquisas originais; 13,88% (5) estudos de revisão de literatura; 13,88% (5) artigos de reflexão; 2,77% (1) relato de experiência.

Em relação aos anos de publicação dos artigos, compreendidos entre 1998 e 2008, os dados coletados apresentaram a seguinte distribuição, conforme apresentado na Figura 1.

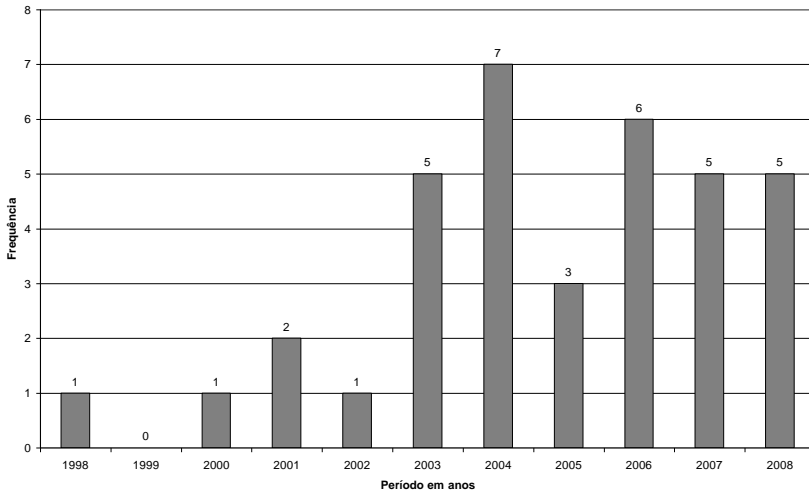


Figura 1: Distribuição dos estudos segundo o ano de publicação, 2009.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na classificação dos estudos quanto ao contexto em que se realizaram, o ambiente hospitalar teve destaque, ao concentrar dez (10) estudos (31,25%), as instituições de ensino apresentaram nove (28,12 %); a Atenção Básica contou com seis estudos (18,75%); as Instituições de Longa Permanência com três (9,37%), hospitais e serviços de Atenção Básica de forma concomitante com três (9,37%) e a maternidade com um estudo (3,12%).

Os artigos foram categorizados quanto ao paradigma metodológico de estudo, sendo assim distribuídos: 21 (58,33%) estudos qualitativos; 11 (34,37%) estudos quantitativos; e quatro (11,11%) estudos quantitativo-qualitativos.

Em relação ao referencial teórico utilizado nos estudos, 66,66% deles (24) não especificaram no texto e/ou não adotaram um referencial teórico; 8,33% (3) estavam fundamentados na Liderança transformacional; 8,33% (3) na Teoria da Complexidade; e os referenciais teóricos Comportamentos de liderança eficaz, Adaptação estratégica, Teoria dos sistemas, Liderança situacional, Teoria organizacional e Teoria de Grid totalizaram 16,66% (6), sendo um estudo para cada referencial.

Perfil do Enfermeiro Líder

Em alguns estudos aplicados na área da enfermagem, pesquisadores têm procurado delinear as características pessoais de enfermeiros líderes bem como os estilos de liderança utilizados pelos mesmos em seus diversos campos de atuação. Assim, ao se caracterizar como um processo de influenciar os outros e facilitar o alcance de objetivos comuns na esfera individual e coletiva, a liderança está baseada em relações orientadas para comportamentos que incluem o apoio, aprimoramento de competências pessoais e adaptações para o trabalho, o reconhecimento do outro e suas aptidões, visando ao compromisso de uma unidade entre funcionários e a organização (MURTHY, 2001; GIFFORD et al., 2008).

Assim, o perfil do enfermeiro líder e sua conduta profissional estão intimamente relacionados à filosofia da instituição em que atua. São encontrados dois tipos de liderança nos estudos selecionados: o autoritário e o autêntico.

O líder autoritário foi vislumbrado na concretização dos objetivos e funções do posto ocupado, cujos seguidores promovem valores que enfatizam o respeito, compromisso e aceitação de ideias tradicionais (AGUILAR-LUZÓN et al., 2007). Nesse estilo de liderança, o líder se posiciona no topo da hierarquia; centraliza o poder de decisão, assim pode desfrutar de prestígio, *status* e estabilidade social resultantes da sua administração bem como responde sozinho pelo insucesso de suas ações.

Esse estilo de liderança está pautado no modelo normativo de planejamento, o qual entende a realidade a partir da separação entre o sujeito e o objeto, a existência de uma única verdade identificada pelo diagnóstico do gestor, ausência de incertezas, negação de outros sujeitos e resistências bem como da exclusão da dimensão política e compreensão do projeto como um sistema fechado (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Embora, esse perfil de líder possa receber críticas, principalmente pela verticalização das decisões, nos momentos em que existe a necessidade da tomada de decisão rápida e pontual, evidencia-se sua eficiência por gerar uma atmosfera de segurança e trabalho realizado. Dessa forma, essa característica é bem aceita pela equipe de enfermagem (AGUILAR-LUZÓN et al., 2007).

Corroborando com esse pensamento, estudos apontam que o perfil tradicional de líder/gestor é predominante nos serviços de saúde, embora a produção científica traga uma quantidade significativa de artigos que exploram a noção de gerenciamento democrático

(LANZONI et al., 2009).

Todavia, a liderança autêntica, conceituada como a ‘cola’ que mantém todos juntos em um ambiente de trabalho saudável, foi citada como uma forma de gestão que pode incorporar outras formas de liderança positivas, como a liderança transformacional (SHIREY, 2006). Ademais, ela oportuniza uma visão compartilhada do objetivo pelo grupo e é indicada aos líderes com a chamada ‘maturidade intermediária’, relacionada ao tempo de experiência (MENÁRGUEZ PUCHE; SATURNO HERNÁNDEZ, 1998). Para a implementação desse estilo de gestão, são exigidas habilidades como ousadia, disposição, persuasão, coragem e liberdade criativa (HIGA EDE; TREVIZAN, 2005). É também necessário envolver toda a equipe não somente no processo decisório, mas também na elaboração de estratégias de atuação e resolução dos problemas.

Assim, como resposta para problemas que não podem ser solucionados pelo modelo normativo, apresenta-se uma liderança compartilhada e embasada no planejamento estratégico-situacional surgido nos anos de 1970 e 1980. Para a implementação desse modelo, é necessário compreender a realidade em um nível maior de complexidade, ou seja, sujeito e objeto se confundem. Não existe somente um único diagnóstico da realidade, ele incorpora a incerteza, o conflito, além de necessitar de um processo aberto e sem um final definido (GIOVANELLA, 1991).

O grande avanço alcançado por esse modelo de planejamento em saúde foi a compreensão de que a resolução dos problemas de saúde extrapola os limites setoriais, portanto, implica no reconhecimento do social como totalidade. No entanto, estudos atribuem a baixa adesão ao modelo participativo ao esforço adicional que deve ser realizado pelo líder para envolver continuamente os demais participantes do processo, e à resistência às mudanças por parte dos demais envolvidos (LANZONI et al., 2009; JEFFS et al., 2006)

Liderança como ferramenta organizacional

Os enfermeiros tradicionalmente têm ocupado cargos de liderança em saúde. Por anos, os enfermeiros têm articulado e defendido visões colaborativas e compartilhadas de atendimento (SAXE-BRAITHWAITE, 2003). Atuam de maneira complexa e entrelaçam atividades de cunho assistencial, gerencial e de ensino dos serviços (PALIADELIS, 2005; KITSON, 2001).

O gerenciamento de enfermagem é experienciado em nível

corporativo pelo enfermeiro-chefe, em nível de gestão intermédia por diretores de enfermagem, e na interface prática pelos gerentes de enfermagem (FERGUSON-PARÉ, 2003). No entanto, o gerenciamento do cuidado é exercido por cada enfermeiro em sua prática assistencial. Elencam-se prioridades de atendimento com a distribuição de funções na equipe e realocação de materiais e recursos para uma atenção de qualidade.

Nesse sentido, pode-se utilizar a comunicação como um recurso para o sucesso da liderança exercida pelo enfermeiro. Assim, promovem-se inter-relações com o cliente, a instituição, a equipe médica e o pessoal da enfermagem.

A articulação entre liderança e comunicação possibilita ao enfermeiro atuar ativamente sobre os problemas e promover as tão almejadas mudanças para um novo momento (SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007). O objetivo é favorecer a diminuição da rotatividade de funcionários (WEYMOUTH et al., 2007), o desgaste físico e emocional desses (ERIKSEN, 2006) além de fortalecer habilidades e conhecimentos sobre o papel da Enfermagem (RODGER, 2004; MAFRICA et al., 2002).

Para tanto, a maior utilização das relações orientadas de liderança, definida como *feedback* construtivo (SMITH et al., 2006) e a construção de coligações de apoio à mudança facilitam a incorporação da meta pelos demais envolvidos no processo. Logo, cria-se a sensação de necessidade e demonstra-se o compromisso compartilhado de mudar (MURTHY, 2001; ANDERSON, CORAZZINI, MCDANIEL, 2004). Nesse sentido, é ressaltada a presença feminina na profissão como fator positivo, pois as mulheres são consideradas compreensivas; envolvem-se em práticas de liderança participativa e tendem a encorajar mais sua equipe do que os líderes homens (CHEN; BARON, 2007).

A baixa satisfação com os serviços pode não estar exclusivamente relacionada à falta de recursos, mas à falta de visão estratégica e liderança (ZINN et al., 2007; GARBEE, KILLACKY, 2008). Infelizmente, há poucos estudos que aprofundaram a temática da qualidade da liderança (BOYLSTON; PETERS, 2009). No entanto, não há receitas para um bom desempenho, já que, mesmo com experiência, o líder não pode prever os problemas que surgem diariamente (BOYLSTON; PETERS, 2009).

Contudo, a ruptura com o modelo tradicional, transições de liderança (CLARCK, 2004) e processos de mudança podem provocar respostas desconfortáveis dentro dos serviços, mas a partir de ações pensadas, o líder e os seguidores poderão impulsionar o grupo para o

patamar almejado (CLARCK, 2004), no qual situações temporárias podem se tornar permanentes (BOYLSTON; PETERS, 2009).

Portanto, enfermeiros devem se fazer visíveis e próximos (PRONOVOST et al., 2003) para que seja facilitado o processo de mudança bem como o alcance ao serviço que os clientes necessitam (WALLIN, 2001). Enfatizam-se o respeito, o compromisso com o êxito profissional (AGUILAR-LUZÓN et al., 2007), o acompanhamento das operações e o desempenho para a utilização eficiente dos recursos (MURTHY, 2001), ajudando a resolver o conflito pessoal e gerando confiança na equipe (SMITH et al., 2006; ANDERSON, ISSEL, MCDANIEL, 2003).

As atividades relacionadas ao cuidado e à gestão dos serviços são processos grupais, pois não há como desconsiderar a interdependência estabelecida entre cuidador e ser cuidado, líderes e seguidores, os quais estão conectados e constituem teias estruturais que compõem e caracterizam interações, identificadas por um “emaranhado de redes inseridas em redes maiores” (CAPRA, 2004).

Assim, as ações dos enfermeiros líderes afetam significativamente os fatores estruturais e processos de trabalho das instituições; apesar da sobreposição de funções, vislumbram-se como um grupo influente dentro de suas organizações e confiantes em sua capacidade de oferecer uma liderança eficaz quando o assunto é enfermagem (LASCHINGER et al., 2008). Isso gera impactos essenciais para a sustentabilidade do papel (RICHARDSON et al., 2008).

Educação para liderança

A liderança “está ligada a um sentido de ação, um senso de movimento e é passível de ser aprendida” (LOURENÇO; TREVISAN, 2001). Ainda, pode ser compreendida e desenvolvida, desde que haja interesse e iniciativa, pois é tida como uma das principais competências a serem adquiridas pelo enfermeiro em sua formação (PERES; CIAMPONE, 2006).

Espera-se que a preparação para a liderança seja um objetivo declarado da maioria dos programas de educação em Enfermagem, já que a formação do enfermeiro visa dotar o indivíduo com os seguintes conhecimentos requeridos para o exercício da profissão: atenção à saúde, tomada de decisão, liderança, comunicação, educação permanente e administração e gerenciamento (BRASIL, 2001); profissionais líderes e com formação continuam sendo considerados valiosos em suas instituições pela pouca oferta de trabalhadores com

esse perfil (KILDEA; BARCLAY; BRODIE, 2006).

Esse fato pode estar vinculado a pouca ênfase dada para a aquisição desses conhecimentos, pois o desenvolvimento da liderança deve ter início no nível básico, juntamente com as atividades de pesquisa e vivência clínica/comunitária (FRENCH, 2004). Sendo possível reforçá-la a partir da educação continuada (FRENCH, 2004) e aprimorá-la no mestrado e doutorado, onde muitos líderes florescem plenamente em todos os domínios de enfermagem: prática, educação, administração e pesquisa (SPAGNUOLO, PEREIRA, 2007; GREGORY, RUSSELL, 2003).

Para o sucesso na formação de jovens enfermeiros líderes, é ressaltada a importância de uma atmosfera positiva de supervisão e uma 'boa liderança' (SAARIKOSKI et al., 2005), com professores bem qualificados e com perfil para liderança, visando à troca de experiência e apropriação das principais características para atuar como líder (CONNOLLY, DEYOUNG, 2004; PATE et al., 2006).

Percebe-se que as mudanças no estilo de liderança ocorrem, frequentemente, no sentido de uma liderança autocrática para uma liderança mais participativa. Esse fato considera a corporalidade, temporalidade e espacialidade do ser que lidera, que é resgatado, no ensino, pela influência de propostas político-sociais das sociedades que, em diferentes momentos, têm indicado esta mesma direção. As teorias da administração também percorreram esse caminho, com influências de diferentes pensamentos na trajetória cronológica, que igualmente ocorreram no ensino (KURCGANT; CIAMPONE, 1996). Assim, as superações não aconteceram ao acaso.

CONCLUSÕES

Vislumbra-se a tendência à liderança autêntica/participativa, com foco na comunicação, como forma de alcançar melhores resultados em saúde e superar os desafios não lineares com uma única causa.

Instituições que possuem uma liderança sólida são beneficiadas com o aumento da criação de vínculos, com menor rotatividade de funcionários, menos conflitos, maior envolvimento das pessoas no processo de trabalho e melhor aproveitamento dos recursos.

Entende-se que a liderança tem poucas chances de avançar na enfermagem, se não for deliberadamente incentivada por meio de atitudes inovadoras, de projetos e investimentos pessoais e grupais e pela união de todos os enfermeiros. O estímulo à educação continuada apresenta-se como fundamental para a formação de líderes. Nesse

sentido, são apontadas a valorização da titulação acadêmica para o perfil do líder e sua relação direta com o aperfeiçoamento dessa competência.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-LUZÓN, M.C.; CALVO-SALGUERO, A.; GARCÍA-HITA, M.A. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo em personal de enfermeira. **Salud Publica Mexico**, Cuernavaca, v. 49, n. 6, p.401-407, 2007.

ANDERSON, R.A.; CORAZZINI, K.N., MCDANIEL, R.R. Jr. Complexity science and the dynamics of climate and communication: reducing nursing home turnover. **The Gerontologist**, Carolina do Norte, v. 4, n. 3, p. 378-388, 2004.

ANDERSON, R.A.; ISSEL, L.M.; MCDANIEL, JR. R.R. Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. **Nursing Research**, Nova York, v. 52, n.1 , p.12-21, 2003.

BOYLSTON, M.T.; PETERS, M.A. Interim leadership in an era of change. **International Journal Nursing Education Scholarship**, Cambridge, v.1, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://www.bepress.com/ijnes/vol1/iss1/art26>>. Acesso em: 11 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução N. 3, de 07 de novembro de 2001**. Dispõe sobre as Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2009.

CAPRA F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 9.ed. São Paulo: Cultrix, 2004. 256 p.

CLARK, M.J. Finding the way: a model for educational system analysis. **International Journal Nursing Education Scholarship**, Cambridge, v.1, n.1, 2004. Disponível em:

<<http://www.bepress.com/ijnes/vol1/iss1/art11>>. Acesso em: 11 jan. 2009.

CHEN, H.C.; BARON, M. Psychometric properties of the Chinese leadership practices inventory. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, Cambridge, v.4, n.1, 2007. Disponível em: <<http://www.bepress.com/ijnes/vol4/iss1/art23>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

CONNOLLY, K.; DEYOUNG, S. Planning for assessment of student learning outcomes: a process within your grasp. **International Journal Nursing Education Scholarship**, Cambridge, v.1, n.1, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16646894>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

ERIKSEN, W. Work factors as predictors of persistent fatigue: a prospective study of nurses' aides. **Occupational and Environmental Medicine**, Londres, v. 63, n. 3, p. 428-434, 2006.

FRENCH, S. Challenges to developing and providing nursing leadership. **Nursing Leadership**, Toronto, v. 17, n. 4, p. 37-40, 2004.

FERGUSON-PARÉ, M. What is leadership in nursing administration? **Nursing Leadership**, Toronto, v. 16, n. 1, p. 35 -37, 2003.

GANONG, L.H. Integrative Reviews of Nursing. **Research in Nursing & Health**, Nova York, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GARBEE, D.D.; KILLACKY, J. Factors influencing intent to stay in academia for nursing faculty in the southern United States of America. **International Journal Nursing Education Scholarship**, Cambridge, v. 5, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.bepress.com/ijnes/vol5/iss1/art9>>. Acesso em: 08 set. 2009.

GIFFORD, W.A. et al. A mixed methods pilot study with a cluster randomized control trial to evaluate the impact of a leadership intervention on guideline implementation in home care nursing. **Implementation Science**, Londres, v. 10, n. 3, p. 51, 2008. Disponível em: <<http://www.implementationscience.com/content/3/1/51>>. Acesso em:

10 jan. 2011.

GILLIGAN, P. et al. To lead or not to lead? Prospective controlled study of emergency nurses' provision of advanced life support team leadership. **Emergency Medicine Journal**, Londres, v. 22, p. 628-632, 2004.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 26-44, 1991.

GREGOTY, D. M.; RUSSELL, C.K. Reaping what we sow: nursing education and leadership in Canada and the United States. **Nursing Leadership**, Toronto, v. 16, n. 1, p. 38- 41, 2003.

HIGA, E.D.E. F.; TREVIZAN, M.A. The style of leadership idealized by nurses. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 59-64, 2005.

JEFFS, L. et al. Case study: reconciling the quality and safety gap through strategic planning. **Nursing Leadership**, Toronto, v.19, n. 2, p. 32-40, 2006.

KILDEA, S.; BARCLAY, L.; BRODIE, P. Maternity care in the bush: using the Internet to provide educational resources to isolated practitioners. **Rural Remote Health**, Geelong, v. 6, p. 559, 2006. Disponível em: <<http://rrh.deakin.edu.au>>. Acesso em: 08 set. 2009.

KITSON, A. Nursing leadership: bringing caring back to the future. **Quality in Health Care**, Geelong, v.10, n. II, p. II79-84, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765753/pdf/v010p0ii79.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

KURCGANT, P.H.C.P.; CIAMPONE, M.H.T. A liderança na administração do pessoal d enfermagem segundo a percepção de enfermeiras, auxiliares e atendentes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 416-438, 1996.

LANZONI, G.M.M. et al. Planejamento em enfermagem e saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de

Janeiro, v.17, n.3, p. 430-435, 2009.

LASCHINGER, H.K. et al. A profile of the structure and impact of nursing management in Canadian hospitals. **Healthcare Quarterly**, Toronto, v.11, n. 2, p. 85-94, 2008.

LOURENÇO, M.R.; TREVISAN, M.A. Líderes da enfermagem brasileira - sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança & enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.3, p. 14-19, 2001.

MAFRICA, L. et al. ONS 2002 environmental scan: a basis for strategic planning. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v.29, n.9, p. 99-109, 2002.

MENÁRGUEZ PUCHE, J.F.; SATURNO HERNÁNDEZ, P.J. Characteristics of the leadership of health center coordinators in the autonomous community of Murcia. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 22, n. 10, p. 363-641, 1998.

MURTHY, R. Implementation of strategies to control antimicrobial resistance. **Chest Journal**, Northbrook, v. 119, n.2, p. 405-411, 2001.
Disponível em:
<http://chestjournal.chestpubs.org/content/119/2_suppl/405S.full.html>.
Acesso em: 08 jun. 2013.

NEUDORF, K. et al. Nursing education: a catalyst for the patient safety movement. **Healthcare Quarterly**, Toronto, v. 11, n. spe, p. 35-39, 2008.

PALIADELIS, P.S. Rural nursing unit managers: education and support for the role. **Rural and Remote Health**, v. 5, n. 1, p. 325, 2005.

PATE, R.R. et al. Promoting physical activity in children and youth: a leadership role for schools. **Circulation**, Dallas, v.114, p. 1214-1224, 2006.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p. 492- 499, 2006.

PRONOVOST, P.J. et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. **Quality & Safety in Health Care**, Londres, v. 12, n. 6, p. 405-410, 2003.

RICHARDSON, J. et al. Measuring the contribution and complexity of nurse and physiotherapy consultants: a feasibility study. **The Open Nursing Journal**, Hilversum, v. 2, p. 8-14, 2008.

RODGER, G L. Developing global leaders through doctoral education. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.5, p. 816-820, 2004.

SAARIKOSKI, M. et al. Validation of Clinical Learning Environment and Supervision Scale. **International Journal Nursing Education Scholarship**, Cambridge, 2005. Disponível em: <<http://www.bepress.com/ijnes/vol2/iss1/art9/>>. Acesso em: 08 set. 2009.

SAXE-BRAITHWAITE, M. Nursing entrepreneurship: instilling business acumen into nursing healthcare leadership. **Nursing Leadership**, Toronto, v.16, n. 3, p. 40-42, 2003.

SHIREY, M.R. Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. **American Journal and Critical Care**, Aliso Viejo, v.15, n.3, p. 256-267, 2006. Disponível em: <[http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/external_ref?link_type=PERMISSION DIRECT](http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/external_ref?link_type=PERMISSION_DIRECT)> . Acesso em: 08 set. 2009.

SMITH E, L. et al. The cancer and leukemia group B oncology nursing committee (1983-2006): a history of passion, commitment, challenge, and accomplishment. **Clinical Cancer Research**, Philadelphia, v.12, n. 11, p. 3638-3641, 2006.

SPAGNUOLO, R.S.; PEREIRA, M.L. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 6, p. 1603-1610, 2007.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Biblioteca Universitária**. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/>>. Acesso em: 02 jun. 2010.

WALLIN, L. et al. National guidelines for Swedish neonatal nursing care: evaluation measuring of clinical application. **International Journal for Quality Health Care**, Cary, v.12, n. 6, p. 465-447, 2000.

WEYMOUTH, S. et al. What are the effects of distance management on the retention of remote area nurses in Australia? **Rural Remote Health**, Geelong, v. 7, p. 652, 2007.

ZINN, J.S. et al. Doing better to do good: the impact of strategic adaptation on nursing home performance. **Health Services Research**, Chicago, v. 42, n. 3, p. 1200-1218, 2007.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo está subdividido em dois subtítulos, os quais apresentam uma breve revisão de literatura sobre a vida de Edgar Morin e os principais conceitos da Teoria da Complexidade na primeira parte. A aproximação entre o pensamento complexo e o exercício de liderança pelo enfermeiro será apresentada na segunda parte, em forma de manuscrito, intitulado: Contribuições do pensamento complexo para a liderança de enfermagem.

3.1 O PENSAMENTO COMPLEXO

Edgar Morin, pseudônimo de Edgar Nahum, filho dos judeus Vidal Nahum e Luna Beressi, nasceu em 08 de julho de 1921, na França. Após dez anos, sua mãe falece vítima de um ataque cardíaco. Esta perda gerou um trauma em Edgar, que passou a se refugiar nos livros, teatro e cinema, em uma busca fervorosa quanto ao saber e à cultura com o objetivo de aprender e descobrir (PETRAGLIA, 2008).

A formação teórica e acadêmica desse pesquisador dialoga com diversas áreas do conhecimento humano. Graduou-se em História, Geografia e Direito. Desenvolveu também estudos nas áreas de Ciência Política, Sociologia, Filosofia e Economia. Todos esses estudos e o conhecimento profundo das ciências humanas e naturais foram primordiais para a sustentação e criação do Pensamento Complexo.

Morin também foi estimulado por autores que se alimentavam de contradições como Heráclito, Pascal, Hegel e Marx a elaborar “um pensamento apto a reconhecer e a afrontar incessantemente as contradições, em situações em que o pensamento “normal” não vê senão alternativas” (MORIN, 2013, p. 10).

Para a construção do pensamento complexo, pode-se dizer que existiram três reorganizações no sistema de ideias de Morin (2013, p. 15). Ele as descreveu como “reorganização genética ou reorganizações/mutações cognitivas e existenciais”. A primeira, que aconteceu no período da Segunda Guerra Mundial e da Resistência, ocorreu em torno dos ensinamentos de Georges Lefebvre, aos quais foram adicionados os de Maurice Aymard, em Toulouse, e da descoberta de Hegel, por meio das leituras de Marx.

Esta primeira reorganização surgiu da necessidade de comunicar as verdades isoladas, de integrar as contradições e as dúvidas. Na segunda, foi o momento de elaborar a antropologia complexificada que também veio acompanhada da crise do marxismo bem como de uma

reinterrogação generalizada de todos os saberes e problemas (FERREIRA, GALLO, 2010; MORIN, 2013).

A terceira reorganização foi em 1968, quando Morin foi convidado para passar um ano no Instituto Salk de pesquisas biológicas em La Jolla, Califórnia, nos Estados Unidos. Durante esse período recomeça um aprendizado, no qual novas ideias e teorias são assimiladas. Até então, Morin as desconhecia, mas que foram essenciais para reorganizar seus sistemas de ideias (FERREIRA, GALLO, 2010; MORIN, 2013).

Nesse período, Morin apropriou-se da teoria da informação (Weaver, Brillouin), da cibernética (Wiener, Ashby, Bateson), da teoria dos sistemas (Von Bertalanffy). Iniciou também os estudos na problemática termodinâmica da desordem (de Boltzmann a Prigogine), na problemática da auto-organização, com Von Neumann e Von Foerster. Além de ter tomado conhecimento sobre os trabalhos sobre a ciência de Popper, Kuhn, Lakatos, Holton. Essa última reorganização genética o orientou definitivamente para os problemas radicais do conhecimento e para a elaboração de um método do pensamento complexo (FERREIRA, GALLO, 2010; MORIN, 2013).

O termo latino *complexus* significa em seu sentido original aquilo que é tecido junto. É o tecido formado por diferentes fios que se transformam em uma só coisa. Tudo isso se entrelaça para formar a unidade da complexidade, porém, a unidade do *complexus* não destrói a variedade nem a diversidade das complexidades que o teceram (MORIN, 2008a).

Morin (2008b) define que é complexo aquilo que:

não pode se resumir numa palavra-chave, o que não pode ser reduzido a uma lei nem a uma ideia simples. Em outros termos, o complexo não pode se resumir à palavra complexidade, referir-se a uma lei da complexidade, reduzir-se a ideia de complexidade. Não se poderia fazer da complexidade algo que se definisse de modo simples e ocupasse o lugar da simplicidade. A complexidade é uma palavra-problema e não uma palavra-solução (MORIN, 2008b, p.74).

O pensamento complexo surgiu da necessidade de superar o pensamento simplificador que estava sustentado em três pilares: no determinismo absoluto e generalizado, na disjunção e na razão absoluta. Este pensamento tinha e tem uma concepção determinista e mecânica do

mundo com vistas aos processos de maneira linear e compartimentada. O mesmo não permitia a visibilidade do tecido comum das disciplinas. A complexidade surge para reencontrar o tecido comum que está desintegrado por meio dos princípios de disjunção, de conjunção e de implicação.

A separação do sujeito/objeto é um dos aspectos elementares do paradigma clássico centrado na redução e fragmentação. Neste, é realizada a distinção das realidades inseparáveis sem visualizar suas relações, ou as percebe por meio de simplificação/redução da realidade menos complexa para a mais complexa. Como consequência, o conhecimento vem sendo gerado de forma fragmentada e, por vezes, descontextualizado pelas inúmeras especializações (MORIN, 2008a).

Para Morin (2008a), é necessário promover um novo paradigma, uma vez que sua obra visa, entre outros objetivos, questionar as ‘verdades’ concernentes à Ciência. A verdade objetiva da ciência clássica escapa a todo olhar científico, tendo em vista que ela é esse próprio olhar. Corroborando com autores como Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend, dentre outros, Morin compara as teorias científicas aos *icebergs*, que possuem uma imensa parte submersa não científica, embora imprescindível ao desenvolvimento da ciência. Logo, observa-se a presença de uma zona nebulosa sobre a ciência, a qual acredita que a teoria é o reflexo da realidade.

Por conseguinte, quando vão ao encontro do modelo tradicional, “as teorias científicas dão forma, ordem e organização aos dados em que se baseiam”, assim, configuram sistemas de ideias, construções de espírito que se aplicam aos dados para lhes serem adequados (MORIN, 2008b, p.22).

Quando as teorias deixam de ser aplicáveis, é preciso ampliá-las ou elaborar outras. O motivo para esse caráter mutável, não é somente a necessidade de expansão do saber, e sim, pelas transformações e rupturas oriundas do processo de verificação e refutação da própria ciência (MORIN, 2008b).

Para Kuhn (2012), a evolução científica ocorre por transformações revolucionárias, nas quais um paradigma, princípio maior que orienta as visões de mundo, ruí para dar lugar a um novo paradigma. Nem todas as teorias podem ser consideradas um paradigma, durante as crises que conduzem a mudanças em grande escala do paradigma e a cada transformação, o paradigma força os cientistas a investigarem um aspecto da natureza com uma profundidade e de maneira tão detalhada que de outro modo seriam inimagináveis. Assim, as revoluções científicas, como denominadas por Kuhn, são episódios de

desenvolvimento não cumulativo, nos quais um paradigma mais antigo é total ou parcialmente substituído por um novo, conseqüentemente, incompatível com o anterior.

No entanto, a noção de paradigma apresentada por Morin (1996, p. 31) vislumbra “um tipo de relação muito forte, que pode ser de conjunção ou de disjunção, logo, aparentemente de natureza lógica, entre alguns conceitos mestres”. A existência de relações de dominação “determina o curso de todas as teorias, de todos os discursos que o paradigma controla”. Assim, o paradigma não está à vista para quem sofre as suas conseqüências, entretanto, caracteriza-se como elemento mais poderoso sobre ideias e conceitos.

Neste sentido, emerge a necessidade de um paradigma que permita separar/opor relativamente os domínios científicos para permitir a comunicação sem operar a redução, uma vez que esta repercute em mutilação dos saberes. Assim, o paradigma de complexidade é proposto como nova forma de pensar a realidade.

A complexidade foi historicamente tratada como um tema marginal no pensamento científico, epistemológico e filosófico. Embora Gaston Bachelard tenha concebido a complexidade como problema fundamental, ao compreender que não há nada simples na natureza, somente o simplificado, essa ideia-chave não foi desenvolvida (MORIN, 2008b).

Assim, a partir de estudos anteriores, Edgar Morin despertou para a discussão sobre a ideia de ordem e desordem criadora e elaborou um conjunto de sete princípios que, ao serem inter-relacionados, norteiam a forma complexa de pensar. Entretanto, antes de apresentá-los, faz-se necessário resgatar alguns elementos do pensamento complexo.

Morin (2008a, 2008b) menciona que é necessário desfazer dois mal entendidos fundamentais da complexidade. O primeiro mal entendido consiste em concebê-la como receita, como resposta, ao invés de considerá-la como um desafio e uma motivação para pensar. O segundo mal entendido é acreditar que a complexidade é completude. A ambição do pensamento complexo é articular os campos disciplinares que estão desmembrados pelo pensamento simplificador, aspirando ao conhecimento multidimensional. Não pretende com isso dar todas as informações sobre um fenômeno estudado, mas respeitar suas diversas dimensões. Deste modo, a complexidade surge como dificuldade, como incerteza e não como clareza nem como resposta.

Mas, destaca-se que a complexidade não pode ser confundida como complicação. O complicado pode ser simplificado por meio da redução, mas quando a simplificação se torna suficiente para entender

determinado fenômeno, constata-se a ausência do detalhamento, das relações e associações (MORIN, 2008b).

Com o processo analítico, reducionista e desconectado do contexto, a ciência permitiu que fossem adquiridas muitas certezas. Mas, ao longo do século XX, inúmeras zonas de incertezas se revelaram. A incerteza “é a incapacidade de ter certeza de tudo, de formular uma lei, de conceber uma ordem absoluta” (MORIN, 2007, p. 68), ou seja, o exercício de conhecer e pensar não significa chegar a uma verdade absolutamente certa, mas dialogar com a incerteza, o inesperado, o acaso e o erro (MORIN, 2008a).

O erro é outro conceito explorado nas obras de Morin (2008b), o qual afirma que as ideias não são reflexos do real, mas traduções dele. Isso porque é o espírito-cérebro que produz aquilo que se denominam representações, noções e ideias pelas quais ele percebe e concebe o mundo externo.

Nesse sentido, a noção de verdade agrava a questão do erro. Uma vez que a pessoa que se julgue possuidora da verdade absoluta, torna-se insensível aos erros e aos imprevistos que podem ser encontrados em seu sistema de ideias. Logo, tudo que for contra ao estabelecido ou reconhecido como certo se tornará mentira ou erro (MORIN, 2008b). Ainda, “tudo quanto surge de novo em relação ao sistema de crenças ou de valores estabelecidos, aparece sempre e necessariamente como um desvio e pode ser esmagado como erro” (MORIN, 2008b, p.147).

Essas noções são importantes, tendo em vista o que há por trás da ordem e da organização, isto é, desordem marcada pelas incertezas, imprevistos, enganos. Esta compreensão impossibilita a redução de organização à ordem, embora a comporte e a produza. Portanto, se por um lado a desordem coopera na geração da ordem organizacional, por outro ela ameaça a ordem com a desintegração, seja por fatores externos ou internos. “Uma organização constitui e mantém um conjunto ou ‘todo’ não redutível às partes, pois dispõe de qualidades emergentes e de coações próprias, e comporta retroação das qualidades emergentes do todo sobre as partes” (MORIN, 2008b, p.198).

Destaca-se que para dialogar com a ordem e desordem, é preciso associá-las ao tetragrama elaborado por Morin (2008b): ordem/desordem/interação/organização. A relação dialógica entre esses termos é uma condição necessária, pois são interdependentes e complementares, mesmo que antagônicos simultaneamente. Para o autor:

precisamos repensar de maneira complexa para

repensar o problema da ordem e da desordem. A necessidade de pensar em conjunto as noções de ordem, de desordem e de organização na sua complementaridade, concorrência e antagonismo, nos faz respeitar a complexidade física, biológica e humana. A complexidade não é a palavra mestra que vai explicar tudo. É a palavra que vai nos despertar e nos levar a explorar tudo (MORIN, 2003, p. 230-231).

Essas e outras reformulações do conhecimento humano levaram Morin (2008a) a definir sete princípios básicos do pensamento complexo, interdependentes e complementares entre si. São eles os princípios: sistêmico ou organizacional, hologrâmico, do circuito retroativo, do circuito recursivo, da autonomia/dependência, dialógico e da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento. Assim, segue a descrição de cada um destes princípios.

O princípio sistêmico ou organizacional liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo. O mesmo é compreendido como mais e menos que a soma das partes, tendo algumas de suas qualidades inibidas pela organização do conjunto. No universo nada está isolado, tudo está em relação. A organização é aquilo que constitui um sistema a partir de elementos diferentes. É, ao mesmo tempo, uma unicidade e uma multiplicidade.

Já o princípio hologrâmico põe em evidência que não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte. Isso quer dizer que não podemos mais considerar um sistema complexo segundo a concepção do reducionismo (compreender o todo partindo somente das qualidades das partes) ou do holismo, que negligencia as partes para compreender o todo. Deste modo, com este princípio, abandona-se a explicação linear por um tipo de explicação em movimento, na qual é possível transitar da parte para o todo e do todo para as partes, para compreender o fenômeno (MORIN, 2008b).

O circuito retroativo foi introduzido pelo matemático Norbert Wiener, permitindo o conhecimento dos processos autorreguladores. Este princípio rompe com a causalidade linear: a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa (MORIN, 2008b).

A recursividade representa um circuito em que os próprios produtos e efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz. Neste princípio da recursividade, rompe-se com ideia linear de causa/efeito, produto/produtor. Morin (2008b) afirma que o processo

social é um círculo produtivo ininterrupto, pois:

uma sociedade é produzida pelas interações entre indivíduos e essas interações produzem um todo organizador que retroage sobre indivíduos para co-produzi-los enquanto indivíduos humanos, o que eles não seriam se não dispusessem da instrução, da linguagem e da cultura (MORIN, 2008b, 182).

A dialogicidade permite unir dois princípios ou noções que na concepção tradicional, um excluiria o outro, mas aqui são inseparáveis numa mesma realidade, e tornam-se complementar. Dialógico quer dizer que duas lógicas estão unidas sem que a dualidade perca-se nesta unidade. Um exemplo a partir deste princípio é a ideia de ‘unidualidade’ que Morin (2008a) propôs para certos casos. Por exemplo, o homem enquanto ser unidual, totalmente biológico e totalmente cultural a um só tempo. Essas dimensões podem ser distinguidas e tratadas como tais, mas não devem ser isoladas e não comunicantes entre si.

A reintrodução do conhecimento em todo conhecimento é o princípio que apresenta uma compreensão sobre a produção do conhecimento, na qual esse é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em dada cultura e em um determinado tempo.

A autonomia/dependência (auto-eco-organização) apresenta a relação entre os seres humanos, seres auto-eco-organizadores, que se reproduzem incessantemente, com gasto de energia para manter autonomia e retiram da natureza energia necessária para a sobrevivência. Ou seja, o homem se recria em trocas com o ambiente. Morin (2008a) destaca que a autonomia do ser humano, ao se autoproduzir, é inseparável da dependência do ambiente em que vive. Embora autonomia/ dependência pareçam ideias contrárias, são ao mesmo tempo, complementares, como está ilustrado na Figura 2.



Figura 2: Sete Princípios que sustentam o Pensamento Complexo proposto por Edgar Morin.

Fonte: Adaptado de Morin (2008a).

Nessa perspectiva, o ser humano é multidimensional, ou seja, é ao mesmo tempo um ser biológico, psicológico, social, espiritual, econômico, sociológico, histórico, dentre outros. Essas dimensões, mesmo que distintas, estão unidas e perfazem o mesmo ser humano a fim de torná-lo complexo, “ao tentar conceber a articulação, a identidade, e a diferença entre todos estes aspectos” (MORIN, 2008b, p.176).

É preciso reconhecer que, potencialmente, todo ser humano não é apenas ator, mas autor, capaz de fazer escolhas e tomar decisão, inserido num contexto sociocultural que o envolve, transforma e que também é transformado por ele (MORIN, 2008a). Assim, compreender o fenômeno da liderança do enfermeiro na ABS torna-se relevante a partir da perspectiva da complexidade e poderá gerar um conhecimento do contexto e de suas interconexões a fim de compreender a dinamicidade das relações/interações/associações.

3.2 MANUSCRITO 2: CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO COMPLEXO PARA A LIDERANÇA DE ENFERMAGEM

CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO COMPLEXO PARA A LIDERANÇA DE ENFERMAGEM

RESUMO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, que buscou apreender as características e contribuições do pensamento complexo para a liderança de enfermagem, a partir de publicações indexadas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e EBSCOhost. Os critérios de inclusão foram: pesquisas originais, reflexões e revisões no formato completo, em português, espanhol e inglês entre 1990 e 2010 e; conter no título e/ou resumo as palavras: *Leadership AND Nursing AND Complexity*. Selecionou-se 5 estudos para análise, que evidenciam as organizações de saúde como interativas e auto-organizativas. A liderança complexa de enfermagem é caracterizada pela ampliação das interações entre pessoas e diversidade de pensamentos, simultaneidade dos modelos de liderança compartilhamento na tomada de decisão, feedback construtivo, e atuação direta com paciente, equipe e organização. Mudanças na formação do enfermeiro e investimentos na pós-graduação são necessários para a superação dos desafios impostos à liderança enfermagem num contexto dinâmico e relacional.

Descritores: Enfermagem; Liderança; Organização e Administração; Teoria Geral de Sistemas.

CONTRIBUTIONS OF COMPLEX THOUGHT FOR NURSING LEADERSHIP

ABSTRACT

It is an integrative literature review, which sought to identify the characteristics of complex thought and contributions to nursing leadership, from publications indexed in the databases of the Virtual Health Library and EBSCOhost. Inclusion criteria were: original research, reflections and reviews in full format, in Portuguese, Spanish and English between 1990 and 2010, contain the title and / or abstract words: *Nursing AND Leadership AND Complexity*. We selected five studies for analysis, show that health organizations as interactive and self-organizing. The complex nursing leadership is characterized by the expansion of interactions between people and diversity of thought, concurrency models of shared leadership in decision-making,

constructive feedback, and work directly with patients, staff and organization. Changes in nursing education and investment in graduate school are needed to overcome the challenges facing nursing leadership in a dynamic and relational.

Descriptors: Nursing; Leadership; Organization and Administration; Systems Theory.

CONTRIBUCIONES DEL PENSAMIENTO COMPLEJO PARA LA LIDERAZGO DEL ENFERMEIRO

RESUMEN

Esta é una revisión de la literatura de integración que trató de identificar las características del pensamiento complejo y las contribuciones a la dirección de enfermería, a partir de las publicaciones indexadas en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud y EBSCOhost. Los criterios de inclusión fueron: investigación original, reflexiones y críticas en formato completo (portugués, español e inglês), contiene las palabras en título y/o resumen: *Leadership AND Nursing AND Complexity*. Se seleccionaron cinco estudios. Estes muestran que el liderazgo de enfermería complejo se caracteriza por la expansión de las interacciones entre las personas y la diversidad de pensamiento, los modelos de la concurrencia de un liderazgo compartido en la toma de decisiones y la crítica constructiva. Cambios en la formación de enfermería y inversiones en el posgrado son necesarios para superar los desafíos del liderazgo de enfermería en un contexto dinámico y relacional.

Descriptors: Enfermería; Liderazgo; Organización y Administración; Teoría de Sistemas.

INTRODUÇÃO

Os estilos de liderança espelham o momento histórico e o referencial teórico em que estão inseridos. Em meados do século XX, as teorias administrativas refletiam as necessidades das grandes empresas que surgiam como consequência direta da revolução industrial. Os princípios fundamentais da produção em massa eram: a divisão do trabalho, limitando o potencial criativo e autoral sobre o produto final bem como a fabricação de peças, componentes padronizados e intercambiáveis, para que cada peça fosse utilizada em qualquer sistema ou produto final (CHIAVENATO, 2009).

Florence Nightingale, contemporânea deste período, precursora

da enfermagem moderna, designou as *lady nurses* e as *nurses*, que deveriam atuar na administração e no cuidado de enfermagem, respectivamente. Desde a sua concepção, a Enfermagem já se configurava hierarquicamente e com a centralização do poder e conhecimento na figura do gestor (COSTA et al., 2009).

Importa salientar que a liderança não tem o mesmo significado que gerência. O líder pode não ocupar o cargo de gerente, mas bons gerentes devem ser líderes, considerando que é na gerência o nó crítico da liderança, pois, nesse nível, são direcionadas as metas e atividades para serem realizadas por toda a organização (CHIAVENATO, 2009).

É recomendado, para se alcançar resultados positivos para os trabalhadores de enfermagem e organizações de saúde, o investimento nas relações com/dos enfermeiros, visando potencializar a saúde e o bem-estar dos profissionais e consequentemente, do paciente (CUMMINGS et al., 2010).

Atualmente, o cuidado de enfermagem tem sido compreendido como um fenômeno complexo, presente nos diversos espaços de competência profissional, tanto na esfera assistencial quanto na gerencial, pois envolve múltiplas dimensões interconectadas dinamicamente inseridas no contexto da saúde (LANZONI et al., 2011). Quando se considera o pensamento complexo como nova possibilidade de lidar com os desafios do mundo atual, questiona-se: *Quais as contribuições da teoria da complexidade para o cotidiano da enfermagem? Como é caracterizado o líder enfermagem na perspectiva da complexidade?* Assim, esse estudo tem por objetivo apreender as características e contribuições do pensamento complexo para a liderança de enfermagem, a partir de uma revisão integrativa de literatura.

METODOLOGIA

A Revisão Integrativa da Literatura foi adotada por sua contribuição para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando à compreensão de um determinado tema a partir de outros estudos independentes (GANONG, 1987).

Composta por critérios bem definidos, uma rigorosa revisão de literatura pode utilizar diversas fontes de dados o que lhe confere importante potencial para o entendimento dos problemas complexos, como os da área da saúde (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Assim, desde o início do estudo, foi utilizado um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado, guiado pelas seis etapas indicadas para constituição da Revisão Integrativa da Literatura. São eles:

- 1) seleção da pergunta de pesquisa;
- 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra;
- 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum;
- 4) análise crítica dos achados para a identificação de diferenças e conflitos;
- 5) interpretação dos resultados; e
- 6) relato de forma clara quanto à evidência encontrada (GANONG, 1987).

A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi realizada no mês de maio de 2011, na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e EBSCOhost, via acesso remoto, identificado pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Foram considerados os seguintes critérios para seleção dos artigos: pesquisas originais, reflexões e revisões de literatura disponíveis *online* gratuitamente no formato completo, publicados nos idiomas português, espanhol e inglês entre os anos de 1990 e 2010 e; artigos que continham em seus títulos e/ou resumos as seguintes palavras: *Leadership AND Nursing AND Complexity*.

Foram identificadas 162 publicações no total, no entanto, cinquenta e uma delas (51) estavam disponíveis no formato completo. Após leitura do título e resumo, foram excluídas as produções duplicadas e/ou aquelas que não atendiam aos critérios de inclusão, logo, restaram trinta e seis (36) publicações para análise detalhada. A análise desses estudos ocorreu mediante leitura criteriosa do texto completo, a fim de verificar aderência e pertinência ao escopo do estudo. A amostra final foi composta por cinco artigos científicos, como ilustrada na Figura 3.



Figura 3: Representação gráfica da seleção dos estudos a partir das bases de dados.

Fonte: Elaborado pela autora, 2013.

Um quadro foi elaborado para extração dos dados dos estudos selecionados contendo as seguintes informações: ano de publicação, autores, título, periódico, país, e contribuições do pensar complexo para a liderança de enfermagem.

Os dados foram agregados conforme a identificação de semelhanças e diferenças compondo um achado que foi interpretado e sustentado com outras literaturas pertinentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Duas categorias emergiram do processo de análise: *A gestão em organizações complexas* e *Características da liderança complexa de enfermagem*, que foram sustentadas por cinco estudos, apresentados no Quadro 1, e discutidas com literatura científica pertinente.

Título	Ano	Periódico
Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes.	2003	Nurs Res
Complexity science and the dynamics of climate and communication: reducing nursing home turnover.	2004	Gerontologist
Appreciative Inquiry for Leading in Complex Systems: Supporting the Transformation of Academic Nursing Culture.	2007	J Nurs Educ
Leadership role of Consultant Nurses working with Older People: a co-operative inquiry.	2008	J Nurs Manag
The Development of the Next Generation of Nurse Leaders.	2010	J Nurs Educ

Quadro 1: Caracterização dos estudos segundo título, ano e periódico de publicação, 2011.

A gestão em organizações complexas

A Teoria Geral dos Sistemas, os elementos constituintes do processo administrativo, que até então eram reconhecidos e trabalhados separadamente, passaram a ser explorados como um sistema com origem nas ideias de Ludwig Von Bertalanffy. Assim, foram considerados os elementos como interdependentes e analisadas suas inter-relações por meio de enfoque interdisciplinares (MAXIMIANO, 2007).

Como vertente desse enfoque, a complexidade baseia-se no pensamento sistêmico, pois corrobora com suas principais características, ao considerar a comunicação e a influência do meio interno para com o meio externo/natureza, ao validar o movimento entre ordem/desordem/organização e ao atentar para uma visão dialógica e hologramática (MORIN, 2008b).

Embora o termo complexo seja utilizado como sinônimo de complicado ou difícil, seu significado está relacionado àquilo “que está

tecido junto" (MORIN, 2008b), ou seja, interconexão de elementos heterogêneos inseparavelmente associados, composto por acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, imprevistos, que constituem o mundo dos fenômenos (MORIN, 2011).

Registra-se o texto reconhecido como fundador do pensamento complexo: *On Self-Organizing Systems and their Environments*, elaborado por Heinz von Foester entre 1960 e 1962. Mas, sua origem está relacionada com estudos sobre causalidade circular, autor-referência e papel organizador do acaso. Humberto Maturana, Jaques Monod, André Lwoff, François Jacob, Ilya Prigogine, dentre outros, contribuíram de forma significativa com seus respectivos estudos sobre a nova teoria da evolução das espécies, o princípio da ordem a partir do ruído e a teoria das estruturas dissipativas (SERVA, 1992).

Em especial, a obra de Prigogine demonstrou que o desequilíbrio é condição necessária para o crescimento de um sistema. Assim, as organizações diante de níveis crescentes de perturbação, ou seja, a desordem e o caos têm a capacidade inata de se reorganizarem de modo a conseguir lidar com novas informações, por esse motivo são chamados de sistemas auto-organizadores (MORIN, 2008b).

Surge a necessidade de se considerar a presença do acaso, da desordem e da incerteza para a geração da ordem organizacional. Embora, a desordem ameace os sistemas abertos tanto externa quanto internamente, a auto-organização transforma-o permanentemente em processo de reorganização, até o momento em que chega a morte final (MORIN, 2008b). Dessa forma, ao dialogar com os elementos que compõem o todo, geram-se conexões e interações conflitantes como: ordem/desordem, certeza/incerteza ou mesmo um encontro entre diferentes, a fim de favorecer a reunião dos conhecimentos e saberes (MORIN, 2011).

Assim, a complexidade comporta em si o princípio dialógico, no qual noções contraditórias não são consideradas excludentes e sim complementares (MORIN, 2011). A finalidade é oportunizar a integração dos saberes para promover a compreensão do fenômeno.

Segundo os estudos selecionados, é indicado que enfermeiros líderes devam reconhecer a organização como interativa, em busca da participação de todos os níveis e departamentos para interagir reflexivamente visando ao alcance de objetivos individuais e coletivos (MOODY; HORTON-DEUTSCH; PESUT, 2007).

Quanto mais complexa é a organização mais ela comporta as desordens denominadas de liberdades (MORIN, 2008). Nesse sentido, quando se trabalha com um grande número de pessoas pode-se facilitar

a auto-organização construtiva, pois o número de interações pode influenciar todo o sistema por oportunizar a ampla rede de relações e diferentes esquemas cognitivos de interação (ANDERSON; CORAZZINI; MCDANIEL, 2004).

Considerando que as interações, conjunto de relações, ações e retroações que se tecem em um sistema (MORIN, 2008b), não estejam à vista, qualquer perturbação/interferência nessa imensa trama de conexões pode ter repercussões inimagináveis e imprevisíveis (WHEATLEY, 2006). Assim, especificamente, alguns estudos compreendem a auto-organização como o produto da interação entre processos múltiplos, tais como o clima e comunicação, os quais aumentam o fluxo de informação, podem melhorar a qualidade da relação entre as pessoas e proporcionar maior diversidade de pensamento (ANDERSON; ISSEL; MCDANIEL, 2003). Tal diversidade aponta para a interdisciplinaridade, na qual abandonamos o pensamento que separa o que está ligado e unifica o que é múltiplo e que simplifica o que é complexo, a fim de perceber as interações e ligações entre os fenômenos (MORIN, 2008b).

A fim de se conceber a articulação de diferentes aspectos, aspirando assim a multidimensionalidade, a complexidade permite o transitar por caminhos diversos com o desafio de não encontrar respostas prontas e absolutas (MORIN, 2011). Portanto, sugere-se que uma variedade de práticas de gestão seja empregada para garantir melhores resultados nos serviços de saúde (ANDERSON; CORAZZINI; MCDANIEL, 2004).

A necessidade de um novo tipo de gestão é apontada (ANDERSON; CORAZZINI; MCDANIEL, 2004) entre os estudos selecionados, no qual os enfermeiros líderes devem compreender a mudança como desafio e quando trabalhada de forma a considerar as especificidades dos elementos do sistema e suas relações, a mesma oportuniza o surgimento de soluções eficazes para a organização (MOODY, HORTON-DEUTSCH, PESUT, 2007; ADUDELLE, DORMAN, 2010).

Nesse sentido, a complexidade contribui para a articulação das partes, saberes e disciplinas, pois não aspira à completude, pelo contrário, luta constantemente contra o pensamento reducionista e simplificador. Assim, o pensamento complexo compreende que o todo é mais que a soma das partes (MORIN, 2011), pois vislumbra o sistema como potencialmente flexível, dinâmico e criativo na gestão das organizações.

Características da liderança complexa de enfermeiros

Metaforicamente, liderar é navegar em terreno difícil, ou seja, significa ser capaz de dar sentido à confusão e ao conflito. Assim, os enfermeiros líderes, a partir de suas habilidades, conhecimentos e atitudes podem ajudar as pessoas, pacientes e funcionários na orientação/reconexão com os serviços de saúde (MANLEY et al., 2008).

Diante da vasta teia da vida, na qual os seres humanos estão expostos a inúmeras relações em sua vida social bem como na estrutura organizacional (WHEATLEY, 2006), enfatiza-se a necessidade de um novo modelo de liderança de enfermagem (ADUDELLE; DORMAN, 2010). Ainda, com o sistema de saúde em constante mudança, considera-se este novo modelo um dos desafios impostos para gerência complexa (ADUDELLE; DORMAN, 2010).

É válido ressaltar que a racionalização industrial, historicamente, considerava o trabalhador como força física de trabalho. Ao perceber que oportunizar certas satisfações ao fator humano poderia aumentar o rendimento, a racionalização reintroduziu o aparentemente irracional, o homem, em seu processo de cogestão e de participação nos benefícios. A partir de então, o trabalho começa a se humanizar (MORIN, 2008b).

Na lógica da autogestão, são reconhecidos como aspectos importantes não somente a quantidade de elementos ou constituintes do sistema, mas as múltiplas interações entre as unidades, dando conta, desta forma, do conjunto de relações, ações e retroações que se efetuam e se tecem numa rede complexa (MORIN, 2008b). Logo, a liderança complexa poderia desenvolver estratégias alternativas de gestão, a fim de privilegiar a ampliação das interações entre pessoas e a diversidade de pensamentos. Destaca-se a necessidade de olhar além da tradicional ênfase em processos clínicos e as habilidades dos prestadores de cuidado (ANDERSON; CARAZZINI; MCDANIEL, 2004).

O compartilhamento na tomada de decisão, definida como a utilização/criação de interações organizacionais e conexões para troca de informações (ANDERSON; CORAZZINI; MCDANIEL, 2004), torna potencialmente todos os envolvidos no processo como corresponsáveis pelo resultado alcançado. No entanto, para que o trabalho seja realmente coletivo, “é necessário que haja cooperação mútua e coordenação para que o conjunto das ações de vários indivíduos autônomos convirja para o benefício do sistema” (AGOSTINHO, 2003, p. 65).

Devem-se priorizar relações orientadas para liderança, pautadas no *feedback construtivo*, para ajudar a equipe a resolver conflitos e gerar confiança em detrimento à liderança autoritária e verticalizada

(ANDERSON; CORAZZINI; MCDANIEL, 2004). As interações e retroações (ou *feedbacks*) negativas (que regulam) e positivas (que acentuam o desvio também geram transformações/potencializadoras), as quais são atribuídas uma maior incerteza organizacional e potencial de mudança (MORIN, 2001). Sem desordem não haveria irregularidade, desvios, acaso e imprevisibilidade, logo, a criatividade, a inovação e a evolução seriam inibidas (MORIN, 2011).

Entende-se que o poder existente na liderança é puramente relacional (WHEATLEY, 2006) no ‘universo dos fenômenos’ (MORIN, 2008b) em que está inserido. Assim, o investimento em boas relações é fundamental para se obter os resultados esperados. No entanto, sua presença é percebida por estratégias de influência/persuasão sobre o paciente, equipe e organização (MANLEY et al., 2008).

Destaca-se que liderança em enfermagem tem sido vista e praticada por alguns profissionais como uma função independente e desprendida do foco da enfermagem, ou seja, o cuidado, pautado em estruturas tradicionais de gestão. Entretanto, a gestão do cuidado deve ser retomada ao se reconhecerem a complexidade do trabalho de enfermagem e a necessidade de realizá-la em equipe (PRADEBON et al., 2011).

A busca por estratégias que influenciam diretamente o paciente envolve o enfermeiro líder, que trabalha com a equipe de saúde. Essa promove a modelagem de conhecimentos de enfermagem bem como permite que outras pessoas desenvolvam seus conhecimentos, para que possam influenciar a prática futura. Além disso, são citadas outras três estratégias que foram utilizadas: mediação entre pacientes, funcionários e familiares, para apoiar todas as partes interessadas e trabalhar através das fronteiras do serviço de saúde (MANLEY et al., 2008).

Já as estratégias que influenciam a equipe incluem aproveitar as oportunidades para influenciar a prática dos profissionais envolvidos de forma intencional. Utilizam ações que demonstrem apoio e participação no sentido de uma visão comum com as partes interessadas (MANLEY et al., 2008).

Na esfera organizacional, estratégias desenvolvidas incluem a construção de relações a um nível estratégico; envolvem diferentes interessados em explorar questões sobre o cuidado; enfatizam o fortalecimento de redes de engajamento bem como a adoção de ações para a avaliação de riscos para que se desenvolvam sistemas e processos que possam ser integrados em uma estrutura de governança existente (MANLEY et al., 2008).

O fato de apresentarem tempo de experiência na liderança

confere aos enfermeiros líderes maior variedade e profundidade de conhecimento sobre questões clínicas e de gestão relacionadas aos cuidados em enfermagem. Esses podem influenciar os parâmetros do sistema porque são mais familiarizados com os aspectos únicos e peculiares de suas relações (ANDERSON; CORAZZINI; MCDANIEL, 2004). Nesse sentido, o tempo de experiência pode favorecer ao exercício de um pensamento que envolve e enfrenta a incerteza proposta pela complexidade. Pensamento este que substitui a causalidade linear e unidirecional pela causalidade em círculo e multirreferencial. São concebidas noções complementares e antagonistas ao mesmo tempo, as quais culminarão no reconhecimento da integração do todo no interior das partes (MORIN, 2011).

Assim, a capacidade para articular conhecimentos é reforçada quando se entende que os líderes devem ter competência emocional, intimidade com a tecnologia em constante evolução e habilidades interpessoais e intrapessoais para treinar empregados, gerenciar uma equipe de colegas, educar/capacitar colegas de trabalho, gerir conflitos, e cuidar de si mesmo (ADUDELLE; DORMAN, 2010).

Aponta-se a necessidade de ligar os saberes desde a formação do profissional enfermeiro para superar a rigidez da lógica clássica e reinventar os currículos e os ambientes de cuidados de saúde para atender aos valores da próxima geração de enfermeiros (ADUDELLE; DORMAN, 2010). Por conseguinte, são indicados a ampliação dos cursos de doutorado e o desenvolvimento dos programas de pós-graduação para enfermeiro líderes com o objetivo de formar enfermeiros que possam liderar os outros, vislumbrando uma repercussão positiva para pacientes, funcionários e organizações (ADUDELLE; DORMAN, 2010).

Para tanto, sugerem-se parcerias entre academia e serviços para preparar líderes inovadores, com capacidade para adaptar-se à sociedade em constante mudança e crises. Além da integração de um conjunto de competências para assegurar eficiência do trabalho enfermagem, segurança do paciente, e qualidade do atendimento (ADUDELLE; DORMAN, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As publicações conciliam a liderança de enfermagem ao paradigma da complexidade e caracterizam-se como recentes ao se indicar a simultaneidade dos modelos/estilos de liderança para uma atuação mais eficaz e eficiente. Assim, enfatiza-se o caráter

complementar, flexibilizador e integrador do pensamento complexo, que permite ao líder enfermeiro articular suas ações; extrair o melhor de cada estilo de liderança, de vivências anteriores e de suas características pessoais para alcançar os objetivos do grupo e da instituição.

Novas perspectivas para gestão das organizações são apontadas, como: a interação, a comunicação e a auto-organização, baseadas nas estratégias de ação referentes aos aspectos relacionais. Desta forma, evidencia-se a importância das relações e do ser humano no trabalho com toda a sua diversidade/singularidade.

Mudanças na formação do enfermeiro são citadas como possibilidades de aprimoramento da liderança nesse profissional. Ainda, investimentos posteriores em cursos de pós-graduação são necessários para a superação dos desafios impostos à liderança enfermagem em um contexto dinâmico e relacional.

REFERÊNCIAS

ADUDELLE, K.A.; DORMAN, G.E. The Development of the Next Generation of Nurse Leaders. **The Journal of Nursing Education**, Nova York, v. 49, n. 3, p. 168-171, 2010.

AGOSTINHO, M.E. Administração complexa: revendo as bases científicas da administração. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 2, n.1, p. 1-18, 2003.

ANDERSON, R.A.; CORAZZINI, K.N.; MCDANIEL, R. R. Complexity Science and the Dynamics of Climate and Communication: Reducing Nursing Home Turnover. **The Gerontologist**, St. Louis, v. 44, n. 3, p. 378-388, 2004.

ANDERSON R, A.; ISSEL, L.M.; MCDANIEL, R.R. JR. Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. **Nursing Research**, Nova York, v. 52, n. 1, p.12-21, 2003.

CHIAVENATO, I. **História da administração**: entendendo a administração e sua poderosa influência no mundo moderno. São Paulo: Saraiva, 2009.

COSTA, R. et al. Florence Nightingale's legacy: a travel in time. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.4, p. 661-669, 2009.

CUMMINGS, G.G. et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. **Internacional Journal of Nursing Studies**, Oxford, v.47, n.3, p.363-385, 2010.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, Nova York, v.10, n.1, p.1-11, 1987.

LANZONI, G.M.M.L. et al. Interactions in the environment of care: exploring nursing publications. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 580-586, 2011.

MANLEY, K. et al. Leadership role of Consultant Nurses working with Older People: a co-operative inquiry. **Journal of Nursing Management**, Inglaterra, v.16, n.2, p.147-158, 2008.

MAXIMIANO, A.C.A. **Introdução à administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008b.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 4 ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

_____. **Religação dos saberes: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MOODY, R.C.; HORTON-DEUTSCH, S., PESUT, D.J. Appreciative Inquiry for Leading in Complex Systems: Supporting the Transformation of Academic Nursing Culture. **The Journal of Nursing Education**, Nova York v.46, n.7, p. 319-324, 2007.

PRADEBON, V.M. et al. Complexity theory in the daily experience of the nurse manager. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.24, n.1, p.13-22, 2011.

SERVA, M.O. Paradigma da Complexidade e a Análise Organizacional. **Revista de Administração de empresas**, São Paulo, v.32, n.2, p.26-35, 1992.

WHEATLEY, M.J. **Liderança e a Nova Ciência**: descobrindo ordem num mundo caótico. São Paulo: Cultrix, 2006. p. 224.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.52, n.5, p.546-553, 2005.

4 MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, que no entender de Minayo (2008) se atenta ao universo dos significados, motivos, aspirações, ações, crenças e valores. Denota um espaço intenso de processos, de relações e de fenômenos vivenciados pelo ser humano. Tendo em vista o objetivo deste estudo, almejam-se desvelar as perspectivas dos participantes com o emprego da Teoria Fundamentada nos Dados, que se mostra como um método conveniente para entender, de forma mais profunda, as peculiaridades dos processos de determinado grupo.

A *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), como foi traduzida para o português, foi desenvolvida em 1967 por dois sociólogos norte-americanos: Anselm Strauss e Barney Glaser na Universidade de Chicago – EUA, apresentada na obra *The Discovery of Grounded Theory* (1967). Enquanto a contribuição de Strauss foi, principalmente, sua *expertise* em interacionismo simbólico e na geração de teorias, a experiência de Glaser deu suporte à descrição estatística e à comparação constante dos dados (STERN, 2009).

A forma original ou tradicional da Teoria Fundamentada nos dados oferece suporte para a geração e desenvolvimento de pesquisas a partir de um processo sistematizado e lógico (GLASER; STRAUSS, 1967). O cenário na qual foi desenvolvida a Universidade de Chicago foi o cerne do paradigma qualitativo. E, em um segundo momento, foi igual no que diz respeito ao paradigma quantitativo. Ambas as influências caracterizaram a TFD, uma vez que, apesar de apresentar uma abordagem qualitativa, segue um rigoroso processo de coleta, análise dos dados e concepções sistemáticas (SILVA, 2011).

Anselm Strauss, sob forte influência da tradição da pesquisa qualitativa da *University of Chicago*, oportunizou a aproximação entre a TFD e o Interacionismo Simbólico na sua elaboração. Portanto, o autor supracitado apresentou as seguintes características: a compreensão da realidade ocorre a partir da interação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A utilização do Interacionismo Simbólico associado à TFD nos trabalhos acadêmicos é frequente. Entretanto, esse não é necessário para legitimá-la como método. É considerado, segundo Glaser (2005), um erro dizer que o Interacionismo Simbólico é o alicerce de todo estudo que utilize a TFD.

Devido à necessidade de adaptar-se o método às diversas posições ontológicas e epistemológicas, tais como o construtivismo, o feminismo, pensamento crítico e pós-modernismo (MILLS; BONNER;

FRANCIS, 2006), perceberam-se, com o passar do tempo, mudanças na apresentação das teorias substantivas. Essas foram articuladas com outros referenciais teóricos, e não somente o interacionismo simbólico. Acredita-se que essa forma de se pesquisar pode mover a pesquisa interpretativa para áreas do conhecimento que oportunizem maior compreensão do fenômeno e sensibilidade teórica (CORBIN, 2009).

Neste sentido, a TFD tem sido extensivamente usada para conduzir questões de interesse de pesquisadores na área da enfermagem. Investiga fenômenos relacionados aos processos de viver desde 1987, pela associação de diversos tipos de referenciais teóricos e abordagens qualitativas (LANZONI et al., 2011).

A TFD busca apresentar a realidade a partir da percepção ou significado de certo contexto ou objeto tem para a pessoa. A mesma busca desenvolver uma teoria a partir de dados sistematicamente reunidos e analisados (STRAUSS; CORBIN, 2008). De acordo com Strauss e Corbin (2008, p. 25), “teorias fundamentadas, por serem baseadas nos dados, tendem a oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para a ação”.

O propósito de um pesquisador que utiliza a TFD é gerar teorias para desvelar fenômenos em dada situação, a partir da perspectiva dos participantes e como os participantes se relacionam com o mesmo. Como toda pesquisa qualitativa, a TFD possui elementos que a caracterizam de forma a diferenciá-la das demais, na qual os dados são manuseados a partir da ‘análise comparativa’ para que se desenvolvam ‘hipóteses’ (STERN; KERRY, 2009).

As hipóteses, geradas também pelo constante processo de comparação entre os dados, buscam diferenças e semelhanças entre os grupos amostrais e incidentes e podem sugerir ao pesquisador relações entre os elementos presentes nas categorias no decorrer da pesquisa. No processo de geração de hipótese, verifica-se a existência de três etapas: a indução, vinculada a ter uma intuição e, então, transformá-la em hipótese, provisória e condicional; a dedução, que refere-se à identificação de elementos que se originam das hipóteses com o propósito de verificação; e a terceira e última etapa, a verificação, que consiste em descobrir a total ou parcial qualificação de uma hipótese ou sua negação (STERN, KERRY, 2009; STRAUSS, CORBIN, 2008).

Entretanto, para perceber tais relações, a principal habilidade a ser desenvolvida/aplicada pelo pesquisador deve ser a sensibilidade teórica. E o principal passo para isso é entrar no campo da pesquisa com o mínimo de hipóteses e ideias predeterminadas. Ainda, pode ser entendida como a capacidade de atribuir significados aos dados, ou seja,

entender e separar aquilo que é importante para o estudo, a fim de permitir um avanço no conhecimento a partir de um processo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para Strauss e Corbin (2008, p. 34), “teorizar é um trabalho que implica não apenas em conceber ou intuir ideias, mas também em formular ideias em um esquema lógico, sistemático e explanatório”. No processo de construção de um modelo teórico, as hipóteses e as proposições que emergem dos dados devem ser continuamente verificadas e comparadas com os novos dados, sendo modificadas, estendidas ou desconsideradas, conforme indicado e necessário. Esse processo caracteriza a análise comparada da TFD, componente fundamental deste tipo de investigação.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O cenário elegido para a realização do estudo é o serviço de Atenção Básica do Município de Florianópolis (SC). Florianópolis é capital do Estado de Santa Catarina, cujo território é formado por uma ilha e uma parte continental. Sua colonização é de origem portuguesa, com características da cultura açoriana em diversos pontos turísticos da cidade. Florianópolis possui aproximadamente 428 mil habitantes, segundo dados do IBGE (2011), e conta com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.875, considerado elevado, posicionando-se em primeiro lugar no Estado e o quarto no *ranking* nacional (PNUD, 2013).

A rede de serviços da ABS de Florianópolis é composta por 50 UBS e sua administração ocorre em dois níveis: Central e Distritos Sanitários. O órgão central de gerenciamento e planejamento das ações em saúde é a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Florianópolis. Já os Distritos Sanitários responsabilizam-se pela administração da rede em nível regional, desde junho de 2002. Em Florianópolis, existem cinco Distritos Sanitários denominados: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul (FLORIANÓPOLIS, 2013), como ilustrado no Quadro 2.

Distritos Sanitários	Nº de UBS
Centro	5
Continente	12
Leste	9
Norte	11
Sul	13
Total	50

Quadro 2: Apresentação dos Distritos Sanitários, segundo o número de UBS, 2013.

Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2012.

Em agosto de 2007, a SMS editou a Portaria SS/GAB nº 283/2007, que estabelece a Política Municipal de Saúde no Município, centrada na Estratégia de Saúde da Família como forma de consolidar o eixo prioritário de ações na Atenção à Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2007a). Paralelamente, o Município aderiu ao Pacto de Gestão, ou seja, assumiu responsabilidades assistenciais mais amplas. Foi incluída a média complexidade e iniciou-se a implantação de policlínicas para referência à atenção especializada, integradas à Estratégia Saúde da Família. (FLORIANÓPOLIS, 2007b).

Ressalta-se que as primeiras iniciativas de implantação do PSF em Florianópolis ocorreram em 1996, com a implantação de seis equipes de saúde da família. No entanto, somente dois anos mais tarde, em 1998, iniciou-se o trabalho de forma efetiva (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009). O Município alcançou, em 2005, 50% de cobertura populacional. Nos anos seguintes, a SMS continuou ampliando o número de equipes, principalmente de 2005 a 2007, com aumento para 84 equipes de saúde da família. Em menos de uma década, a EFS atingiu o percentual de cobertura de 71% da população em 2007 (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009). Em 2010, o Município contava com cem (100) equipes da ESF, responsabilizando-se por 84,5% da população municipal (SANTA CATARINA, 2010).

Naquele mesmo ano, o grupo gestor da SMS implantou o *Balanced Scorecard* (BSC): uma conhecida ferramenta de gestão que foi adaptada para o realidade da saúde pública, com a adoção de cinco perspectivas principais, como descrito a seguir:

1. Liderança: A liderança é fundamental para o estabelecimento de uma declaração de missão clara; os valores que devem nortear a organização e uma visão compartilhada de futuro e para a criação e manutenção de um ambiente interno em que as pessoas possam estar totalmente envolvidas na realização dos objetivos da organização.

2. Crescimento e Desenvolvimento do Trabalhador do SUS: a partir de uma liderança forte e de um clima organizacional propício, torna-se possível promover o crescimento quantitativo e desenvolvimento qualitativo do trabalhador do SUS municipal. Os trabalhadores são funcionários da Secretaria e constituem o ativo mais importante. Assim, a forma como os trabalhadores interagem uns com os outros e geram recursos disponíveis influencia são decisivos para o sucesso da organização. Faz-se fundamental seu desenvolvimento para que haja suporte ao planejamento e estratégia e ao eficaz funcionamento dos processos organizacionais.

3. Recursos e Serviços: com uma liderança forte e trabalhadores em quantidade suficiente e com alto grau de desenvolvimento, é possível otimizar a utilização dos recursos (materiais, tecnológicos, informacionais, financeiros) para se maximizar o desempenho dos serviços prestados pela Secretaria.

4. Parcerias: Liderança e Trabalhadores também são fundamentais para a formação de parcerias, sem as quais não se pode abarcar plenamente a saúde de uma população. A parceria existe quando há colaboração com outra entidade ou com a comunidade, numa base comercial ou não, visando a um objetivo comum e criando, assim, uma mais valia para a Secretaria, para os seus usuários e para outras partes interessadas.

5. Usuário/Cidadão e Sociedade: Finalmente com bons serviços e boas parcerias, a Secretaria conseguirá gerar bons resultados em saúde, em responsividade, com um bom impacto

socioambiental no Município de Florianópolis. De acordo com estas premissas, e traduzindo-as de forma mais concreta para toda a rede de saúde municipal, elaboraram-se as estratégias para estruturação do Pacto Municipal de Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2012).

A ferramenta de planejamento da SMS de Florianópolis privilegia a liderança enquanto habilidades individual e coletiva, além de ser um elemento presente em mais de uma das cinco perspectivas do BSC. A partir dessas, são geradas cinco estratégias principais, as quais são desdobradas em diretrizes. Essas, por sua vez, dão origem aos objetivos, que são mensurados por indicadores. Destaca-se que, no período de coleta de dados, o planejamento estava em implantação e os participantes vinculados diretamente à SMS estavam sensibilizados em relação à sua importância.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO E COLETA DOS DADOS

De acordo com Strauss e Corbin (2008), a seleção dos participantes ocorre de acordo com a amostragem teórica ou grupo amostral, ou seja, um conjunto de informantes (pessoas, documentos, observação do local) do qual será extraído o máximo de informações possíveis para compreensão do fenômeno estudado. Assim, as estratégias de coleta de dados caracterizam-se como abertas, pois o pesquisador busca conceitos relevantes para que sejam aprofundados.

Entretanto, na TFD, o objetivo não é coletar o máximo de dados possíveis em determinado grupo, mas coletar dados referentes à construção de categorias, tanto em busca da geração de propriedades e hipóteses como para determinar a profundidade da amostragem. Com o decorrer da análise e o surgimento de conceitos que precisam ser mais bem explorados e compreendidos, o pesquisador pode escolher os locais e as pessoas determinadas que poderão ampliar e potencializar a explicação das relações e categorias incompletas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Logo, o número de participantes não poderia ser previamente definido. Assim, a composição dos grupos amostrais é definida durante o processo analítico dos dados, permeada pela intuição e sensibilidade teórica do pesquisador no desenvolvimento das entrevistas, diagramas e memorando. Considerando que o objeto deste estudo situa-se sob três grandes dimensões, ou seja, liderança em nível local, em nível

institucional e formação para liderança, procurou-se selecionar os participantes do estudo a partir desses três eixos.

Foram critérios de inclusão para participar da pesquisa: ser enfermeiro da SMS por no mínimo dois anos, pois se entende que neste período o profissional consiga conhecer a comunidade e estabelecer vínculo com os usuários e equipe de saúde. O segundo aspecto considerado para ser integrado ao estudo como participante foi ter atuado em pelo menos em uma das seguintes atividades: equipe de saúde da família, coordenação da unidade básica de saúde e cargo administrativo junto ao nível gerencial; ou ser enfermeiro com *expertise* nos temas “liderança em enfermagem” e “Atenção Básica à Saúde”, vinculados a instituições de ensino superior, como apresentado no Quadro 3, a seguir:

Grupos amostrais (GA)	Participantes	Tempo de experiência na SMS Florianópolis	Titulação máxima
1º GA	6 Enfermeiros de equipe saúde da família	2 a 9 anos	2 especialistas; 2 especializandos
2º GA	7 Enfermeiros coordenadores de UBS	6 à 17 anos	2 mestres; 2 mestrandos; 3 especialistas
3º GA	10 Enfermeiros diretores/gerentes no nível central	4 à 25 anos	2 doutorandos; 3 mestres; 1 mestrandos; 4 especialistas
4º GA	7 Enfermeiros com <i>expertise</i> no tema	-	6 doutores; 1 doutorando

Quadro 3: Descrição dos participantes, segundo grupo amostral, tempo de experiência na SMS de Florianópolis e titulação máxima, 2013.

Fonte: Elaborado pela autora.

Selecionou-se um enfermeiro de equipe saúde da família de cada um dos cinco Distritos Sanitários para formação do primeiro grupo amostral. A coleta de dados foi realizada com entrevista individual,

semiestruturada, cuja questão inicial foi: Fale-me como você compreende e exerce sua liderança na ABS? O encaminhamento das demais questões foi direcionado pelas pesquisadoras a partir das respostas dos participantes.

A entrevista demonstrou ser uma importante ferramenta por elaborar conteúdos fornecidos de forma direta pelo depoente. Nessa, ampliou-se a perspectiva dos sistemas de valores, normas e símbolos sobre determinado objeto ou fenômeno (MINAYO, 2008). Neste estudo, a entrevista semiestruturada, oportunizou explorar os significados, perspectivas, experiências e sentimentos sobre a temática a partir de perguntas abertas.

A condução do roteiro de pesquisa pela pesquisadora foi no sentido de confirmar ou negar as hipóteses ao oportunizar a fala, promover a expressão de informações e vivências, estimular a manifestação de emoções e de anseios do participante, tendo em vista que o tema liderança comporta em si desafios de ordem pessoal e profissional.

As entrevistas foram áudio-gravadas em meio digital e transcritas por uma transcritora logo após o encontro com o entrevistado. Realizava-se a leitura minuciosa de cada transcrição, utilizando simultaneamente o áudio da entrevista a fim de verificar se alguma informação havia sido perdida. Foram também realizados memorandos e diagramas, que serão posteriormente apresentados.

À medida que a coleta e a análise dos dados avançavam, novos grupos amostrais foram formados a fim de buscar o detalhamento dos conceitos e maior compreensão do fenômeno.

Em relação ao primeiro grupo amostral, observou-se que grande parte dos enfermeiros se reportava ao coordenador da UBS para a transferência da responsabilidade sobre algumas atividades de liderança ou problemas de difícil resolução. Desta forma, definiu-se qual seria o segundo grupo amostral, na intenção de verificar e compreender como o enfermeiro coordenador lida com conflitos que não são resolvidos pela equipe de saúde e identificar sua contribuição como líder.

Então, o segundo grupo amostral foi formado por sete enfermeiros coordenadores de UBS. Foram também selecionados de acordo com os cinco distritos sanitários, tendo como perguntas adicionais: em sendo coordenador/líder de equipe, como você percebe sua participação junto ao grupo de trabalhadores, SMS e comunidade? Como você articula o cuidado direto ao usuário e a gerência do serviço/equipe de saúde? Fale-me como se manifestam suas ações e práticas de liderança no espaço da ABS?

A partir das respostas obtidas, ampliou-se a perspectiva em relação à liderança do enfermeiro, que atua exclusivamente como coordenador e, em algumas situações, realizavam-se ambas as atividades: enfermeiro de equipe e coordenador. Neste grupo, avançou-se significativamente em diversos conceitos e hipóteses geradas em relação ao perfil de liderança do enfermeiro, valorização profissional, práticas de liderança, conflitos no exercício da liderança em gestão pública, fragilidades do sistema e necessidades de melhorias tanto na instituição quanto na formação.

Assim, o terceiro grupo amostral foi composto por enfermeiros que ocupavam cargos de diretorias ou gerências visando contemplar algumas lacunas existentes em relação à influência da instituição nas práticas de liderança do grupo; investigar como os enfermeiros se organizam enquanto grupo frente à disputa de poder e cargos; e verificar como a formação tem contribuído para a qualificação dos enfermeiros ingressantes na SMS, como também, na educação continuada.

Para o grupo citado, foram inseridas as seguintes questões adicionais: Fale-me como é sua atuação como liderança em seu setor e sua relação com os profissionais das equipes saúde da família. Como você percebe a participação dos enfermeiros nos espaços coletivos, como reuniões ou comissões, na SMS em nível central? Considerando as relações profissionais que se estabelecem na SMS e a alocação de cargos, como você percebe o enfermeiro neste cenário?

Ao se vislumbrar o exercício de liderança pelo enfermeiro, foi formado o quarto grupo amostral por enfermeiros com *expertise* no tema: professores universitários vinculados às disciplinas de Saúde Pública e Administração em Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem, para apresentar sua perspectiva em relação à atuação do Enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. Com este grupo, foi possível fortalecer categorias e refinar as relações entre os diversos componentes.

Destaca-se que, nos questionamentos, se fortaleceu o aspecto da formação para liderança, citado pelos demais grupos amostrais, a fim de oportunizar uma inter-relação e ampliar a compreensão, através das respostas para as seguintes perguntas: Como você percebe o processo de ensino-aprendizagem da liderança pelos estudantes de graduação? Nos cenários de formação universitária, como você promove ou incentiva o exercício de liderança? Quais os desafios para os enfermeiros líderes na ABS?

Destaca-se que o recrutamento dos participantes ocorreu por contato telefônico para o local de trabalho com apresentação dos pesquisadores envolvidos e da metodologia da pesquisa, com posterior

convite ao sujeito para participar do estudo. Caso obtivesse retorno positivo, era agendado um encontro para realização da entrevista. A seleção dos participantes foi intencional, apoiada nos critérios de inclusão e na amostragem do tipo ‘bola-de-neve’. Ao final de cada entrevista, questionava-se por nomes de enfermeiros que poderiam ser potenciais participantes para o estudo em cada um dos cinco Distritos Sanitários.

Destaca-se que foi comum selecionar participantes que foram indicados por enfermeiros dos cinco distritos sanitários. Isso pode sugerir um destaque profissional do enfermeiro no que tange ao exercício da liderança e ao domínio da temática.

As entrevistas ocorreram no período de 17 de setembro de 2011 a 08 de junho de 2012, no local de trabalho dos participantes, em espaço adequado, que permitisse privacidade e tranquilidade para estabelecer um contato próximo entre o pesquisador e o entrevistado e com a menor possibilidade de interrupções. Quando necessário e de interesse do entrevistado, o encontro foi remarcado em uma nova data para oportunizar conforto ao participante. Ressalta-se o empenho e a disponibilidade dos participantes em contribuir com a coleta de dados. Considera-se que muitos responderam prontamente ao convite; adequaram sua agenda de atividades e reservaram uma sala para o encontro.

Assim que a coleta de dados foi iniciada, procedeu-se à codificação ou análise dos dados, pois na TFD, a análise ocorre concomitante à coleta de dados. A cada entrevista, os dados foram analisados para a geração de novas hipóteses ou questionamentos. Ressalta-se que foram os dados da primeira entrevista que conduziram a escolha dos participantes e os questionamentos da segunda entrevista, e assim sucessivamente.

Na TFD, a coleta de dados é encerrada quando se alcança a saturação dos dados, ou seja, quando começa a repetição de informações ou quando as novas informações não alteram a configuração do fenômeno já encontrado (STRAUSS; CORBIN, 2008). Assim, após a entrevista com o trigésimo participante e do quarto grupo amostral, a coleta de dados foi finalizada, pois se verificou que não surgiam elementos inovadores ou relevantes nos depoimentos dos participantes.

4.3 ANÁLISE DE DADOS

A análise substantiva dos dados foi realizada considerando as três etapas de codificação: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

Na fase de codificação aberta, os dados foram isolados em partes distintas, sendo examinados com rigor e comparados em busca de similaridades e de diferenças. Na análise dos dados brutos linha-a-linha, incidente por incidente, geram-se os códigos preliminares.

Em um segundo momento, os diversos códigos preliminares foram reunidos por similaridade para que se formassem os códigos conceituais, ou seja, “é uma representação abstrata de um fato, de um objeto, de uma ação/interação que um pesquisador identifica como importante nos dados” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 105). Assim, o pesquisador apresenta suas interpretações sobre o conjunto de informações colhidas.

Nos Quadros a seguir estão apresentados alguns exemplos de codificação, realizados pela pesquisadora:

Entrevista 3	Códigos preliminares
<p>A primeira coisa, que vejo por nós aqui é paciência. É uma coisa que tem que ter. Até em atendimento à comunidade. Paciência, que gera equilíbrio. Dominar o assunto que você trabalha é importante. Tem que argumentar as coisas corretas nas áreas certas. Tem que estar sempre atualizando, quanto às leis, quanto aos direitos e deveres. Acho isso uma das coisas mais importantes. Saber como você fala as coisas. O que você vai falar.</p>	<p>Considerando necessário ter paciência no atendimento à comunidade. Entendendo que paciência gera equilíbrio. Considerando importante dominar o assunto com o qual trabalha. Podendo argumentar corretamente nas áreas certas, através do conhecimento. Considerando a atualização uma das coisas mais importantes. Enfatizando a atualização sobre as leis e direitos e deveres. Destacando a importância de saber o jeito com que se falam as coisas.</p>

Quadro 4: Codificação aberta da Entrevista 3.

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2013.

Na codificação axial, os códigos conceituais que foram divididos na codificação aberta são reagrupados. Nesta etapa, iniciou-se a organização em subcategorias e categorias. As duas etapas citadas

anteriormente não foram realizadas de forma sequencial, ao mesmo tempo em que é feita a codificação dos dados já se elaboram as relações entre os conceitos. Strauss e Corbin (2008) asseveram que a codificação axial atribui respostas para questões do tipo: de que forma, onde, quando e como. Tais questionamentos oportunizam o estabelecimento de relações que tendem a ser de caráter *condicional* e vinculam-se às *ações/interações* ou às *consequências* (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A seguir, apresenta-se um exemplo de elaboração de conceitos e de organização das subcategorias e categorias:

Códigos preliminares	Conceitos
Percebendo como necessário ter paciência enquanto enfermeiro. Considerando necessário ter paciência no atendimento à comunidade. Entendendo que paciência gera equilíbrio.	Entendendo que paciência gera equilíbrio no trabalho.
Considerando importante dominar o assunto com o qual trabalha. Considerando importante argumentar corretamente nas áreas certas.	Considerando importante dominar o assunto com o qual trabalha.

Quadro 5: Elaboração dos conceitos da Entrevista 3.

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2013.

Conceitos	Subcategoria
Percebendo que para ser líder é preciso conduzir de forma flexível, que não seja autoritária. Entendendo que paciência gera equilíbrio.	Enfatizando características do enfermeiro líder.

Quadro 6: Elaboração de subcategorias.

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2013.

Subcategorias	Categoria
Enfermeiros exercendo liderança mesmo sem cargo formal Graduação sendo como propulsora da liderança desenvolvida Percebendo a liderança como algo central nas organizações Enfatizando características do enfermeiro líder.	Compondo o perfil do enfermeiro para liderança em saúde e sua importância nas organizações

Quadro 7: Elaboração de categoria a partir de subcategorias.

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2013.

Embora esta seja uma apresentação didática do processo de análise de dados na TFD, a pesquisadora realizou de forma integrada a codificação, o agrupamento e reagrupamentos dos dados, a fim de exercitar exaustivamente a comparação entre os elementos identificados, suas semelhanças e diferenças. Na organização dos códigos conceituais em grupos, formaram-se vínculos entre categorias e subcategorias bem como responderam às perguntas: qual a forma? Onde? Quando? Como? Visando apresentar os dados de acordo com o modelo paradigmático.

Strauss e Corbin (2008) propõem um esquema organizacional, denominado como ‘paradigma’ ou ‘modelo paradigmático’, para classificar e constituir conexões emergentes entre as categorias. O ‘paradigma’ nada mais é do que uma perspectiva assumida em relação aos dados. Uma maneira de reuni-los e integrá-los sistematicamente, de forma que a estrutura e o processo sejam integrados, para que seja possível capturar a dinâmica e a natureza evolutiva dos fatos.

Os componentes básicos do paradigma são: condições e consequências. As ‘condições’ são uma forma conceitual de agrupar respostas às questões: por quê, onde, de que forma e quando. Reunidas, elas referem-se à estrutura, ou seja, circunstâncias, acontecimentos ou fatos pertencentes a um fenômeno. Já as ‘consequências’ são resultados das ações/interações (processos), representadas por questões do tipo: o que acontece como resultado dessas ações e interações? (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Ressalta-se que para estabelecer parte das relações complexas entre as condições e suas conexões subsequentes com as ações/interações, os dados foram vislumbrados conforme condições causais, intervenientes, contextuais, estratégias e consequências (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O contexto configura-se como local em que as ações/interações acontecem; as condições causais foram aquelas que desencadearam o fenômeno; as condições intervenientes influenciaram ou alteraram as condições causais nos fenômenos; as estratégias são o conjunto de ações/interações estratégicas, utilizadas para lidar com o fenômeno; e, por último, as consequências referem-se aos resultados das ações/interações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Enfatiza-se que a comparação e análise constante dos dados coletados foram utilizadas para elaborar e aprimorar teoricamente as categorias elucidadas a partir dos dados. Na análise comparativa, no entanto, foram observados, segundo Strauss e Corbin (2008), aspectos como: conhecimento do ambiente, codificação dos dados, formulação das categorias, redução do número das categorias e integração das

categorias. Assim, na medida em que se categorizava, levantaram-se novas hipóteses e até mesmo, novos grupos amostrais.

Esta etapa foi extremamente desafiadora para a pesquisadora, pois requeria muita atenção e envolvimento com o processo de pesquisa, pois as principais decisões eram tomadas com base no trabalho realizado gradativamente. Nesse sentido, a TFD apresentou-se como um método que oferece um guia orientador para o pesquisador, no qual cada entrevista, cada análise conduz o próximo passo. Indica o próximo entrevistado ou grupo amostral, faz com que as categorias e subcategorias sobressaltem aos olhos do pesquisador.

A última etapa é denominada de codificação seletiva, ou seja, é o processo de integrar e refinar as categorias para que os resultados da pesquisa assumam a forma de teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008). Nesse momento, foi possível descobrir a categoria central, isto é, uma categoria que expresse o tema da pesquisa e explique sobre o que ela trata. Em seguida, chega o momento de rever o esquema teórico, na busca por consistência interna, para validar o esquema teórico.

Esta etapa exigiu muita dedicação da pesquisadora, após inúmeros exercícios de organização e reorganização nas codificações aberta e axial, as principais categorias e subcategorias já estavam posicionadas nos respectivos componentes. Entretanto, era necessário verificar o quê estava frágil; quais relações estavam pouco claras; quais subcategorias ou categorias precisavam ser fortalecidas e con-solidadas com uma investigação mais aprofundada com um participante da pesquisa. O último grupo amostral contribuiu de forma efetiva para esta etapa, embora ele também tenha oferecido informações relevantes para o conjunto de resultados.

Os memorandos e os diagramas são importantes recursos no processo analítico. A partir do primeiro, as ideias elaboradas são descritas pelo pesquisador sobre os códigos, relações entre os agrupamentos gerados pelos mesmos, para a formação de conceitos mais abstratos. Já os diagramas são representações gráficas que desenham as relações dos conceitos e demonstram a densidade e complexidade da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008). Esses instrumentalizaram a pesquisadora, desde a primeira entrevista. Após cada encontro com um entrevistado, portando a transcrição em mãos, eram realizados um memorando e um diagrama. Esse exercício oportunizou um avanço e aprofundamento da análise dos dados. A seguir, estão apresentados alguns modelos de memorandos e diagramas.

Memorando 3

Destacou-se a morosidade dos processos na Atenção Básica, com reflexo direto na liderança do enfermeiro. Será que há relação entre a liderança e o tempo? Houve confusão em relação aos conceitos de liderança e gerência? Ao se considerar que o tempo é relativo e vinculado à experiência pessoal do ser vivente, como também a enfermeiro depoente atuou em uma Unidade de Terapia Intensiva, na qual a relação com a equipe de Enfermagem e multiprofissional é muito mais intensa e que as mudanças nos resultados no processo de saúde-doença acontecem de forma mais rápida, tudo isso pode ter influenciado na construção deste conceito.

Quadro 8: Memorando da entrevista do Participante 3.

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2013.

Memorando 24

Esta entrevista destacou que a Enfermagem se utiliza de supervisão e controle para o trabalho em saúde. Na ABS, algumas práticas de paradigmas tradicionais são identificadas como inadequadas para lidar com grupo de pessoas, sejam elas funcionários ou pacientes. A contribuição da experiência do outro para o processo que é realizado é considerada importante não somente por esta entrevistada, mas pelos grupos anteriores. De fato, destacam-se a utilização de controle excessivo, a supervisão opressiva inibidora da espontaneidade, a criatividade, a desordem, a ordem e a reorganização.

Quadro 9: Memorando da entrevista do Participante 24.

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2013.

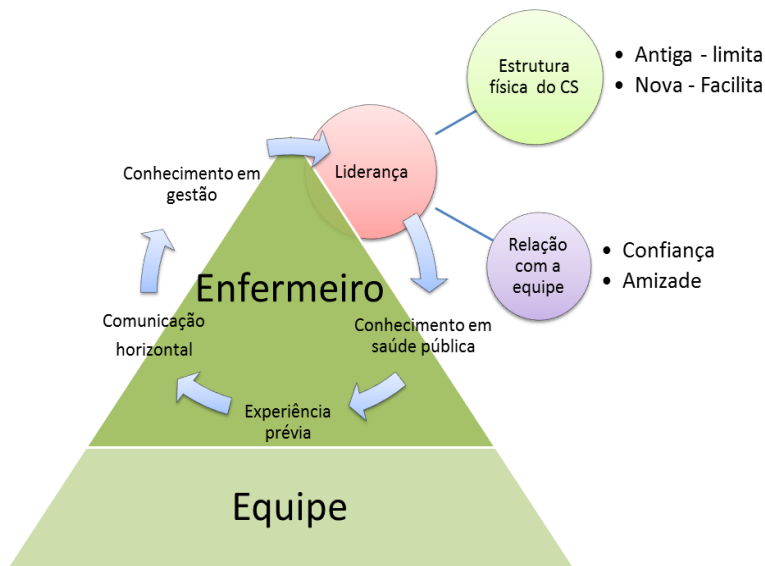


Figura 4: Diagrama elaborado a partir da entrevista 10.

Fonte: Elaborado pela autora.

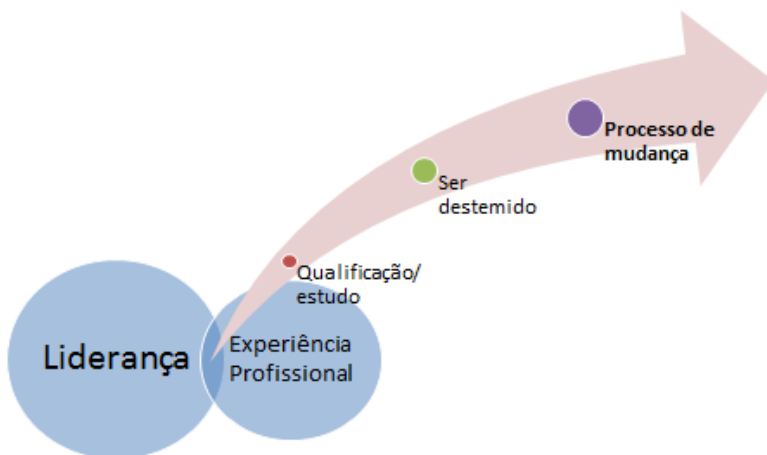


Figura 5: Diagrama elaborado a partir da entrevista 4.

Fonte: Elaborado pela autora.

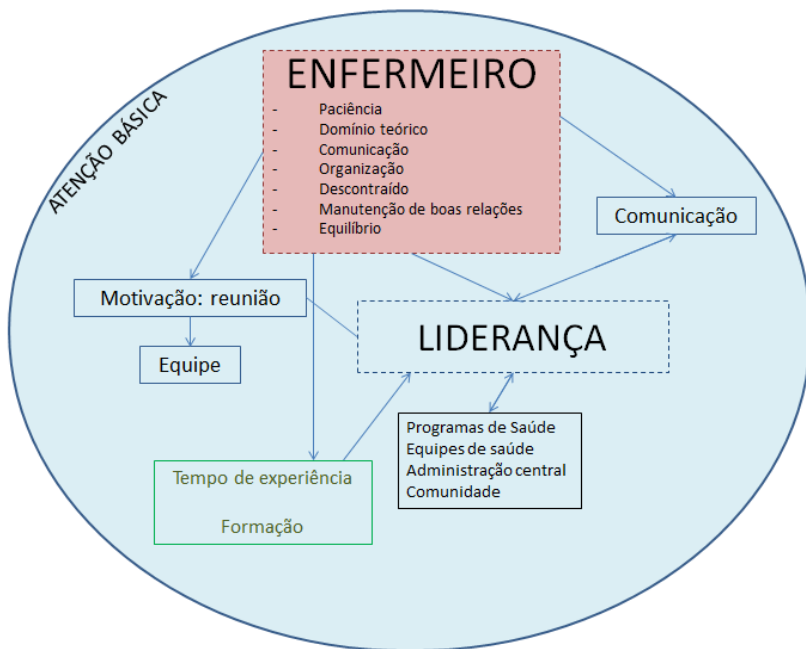


Figura 6: Diagrama elaborado a partir da entrevista 17.

Fonte: Elaborado pela autora.



Figura 7: Diagrama elaborado a partir da entrevista 24.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO

Questões de rigor e confiabilidade foram abordadas (MORSE et al., 2002) e a credibilidade do estudo foi reforçada pelo acompanhamento da pesquisa por dois analistas (pesquisador e orientador). Um deles realizou a análise e o outro revisou o processo analítico, para que fossem verificados os códigos e as categorias desenvolvidas sugerindo alterações. Após discussão, obteve-se consenso e, a partir daí, foram gerados novos grupos amostrais, categorias e outras decisões.

Realizou-se também a validação do Modelo Teórico propriamente dito. A validação é uma estratégia metodológica da TFD para determinar como a abstração se ajusta aos dados coletados e identificar omissões em relação aos conceitos gerados no esquema teórico (STRAUSS; CORBIN, 2008). Embora a intenção não seja testar os achados, como em um estudo quantitativo, a validação na pesquisa qualitativa visa comparar conceitos e apontar o quanto eles são adequados para a pesquisa que foi desenvolvida (SOUSA, 2008).

Para desenvolver esta etapa do estudo, foi elaborado um instrumento, com base na pesquisa desenvolvida por Souza (2010), no qual se trabalhou a validação de seis componentes do modelo paradigmático, compreensão e relações internas desses como também a validação do conteúdo expresso em relação à realidade vivenciada como profissional enfermeiro e pesquisador (Apêndice A).

A validação ocorreu em dois momentos. O primeiro foi logo após a análise dos dados e o alcance de um modelo teórico explicativo, o qual foi apresentado pessoalmente a dois enfermeiros da SMS de Florianópolis atuantes no nível central, não participantes da pesquisa e uma pesquisadora, que compôs o quadro de participantes do estudo.

O encontro foi realizado separadamente com cada enfermeiro e foi possível registrar as informações em meio digital. A maior dificuldade encontrada pelos enfermeiros foi a falta de proximidade com a TFD. Entretanto, validaram as informações referentes ao conteúdo, aos conceitos e componentes do modelo teórico. Ambos os participantes acrescentaram informações no sentido de reforçar que alguns temas deveriam ser discutidos com mais profundidade, a exemplo, o componente contexto.

Nesse sentido, tentou-se dar visibilidade a estas informações a partir da elaboração de manuscritos oriundos dos resultados desta tese. Ainda neste primeiro momento, realizou-se um encontro com uma pesquisadora com expertise no método e por esse motivo tentou-se

explorar a coerência metodológica. Este encontro foi produtivo no sentido de confirmar a densidade e as relações internas entre os conceitos, as categorias, as subcategorias e os componentes. Entretanto, conduziu a pesquisadora à melhor adequação da nomeação das categorias e subcategorias. Tais observações não haviam sido indicadas pelos demais validadores e oportunizaram uma nova reflexão sobre os dados. Isso exigiu uma reformulação na titulação das categorias e subcategorias, visando contemplar as reais características dos dados.

O segundo momento da validação foi realizado após a readequação do modelo teórico explicativo e coincidiu com o período do Estágio Doutoral na Faculty of Nursing - University of Alberta (UofA), Edmonton, Canadá. Dentre os objetivos do estágio doutoral desenvolvido de 03 de agosto a 30 de novembro de 2012, estava previsto validar o modelo teórico explicativo com enfermeiros canadenses, tendo em vista que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi inspirado no sistema de saúde canadense. Ainda, destaca-se que, juntamente com os Estados Unidos da América (EUA), o Canadá é um dos países que reúne a maior concentração de estudos sobre liderança em Enfermagem no Planeta, tema de interesse da doutoranda, como está apresentado na Figura 5.

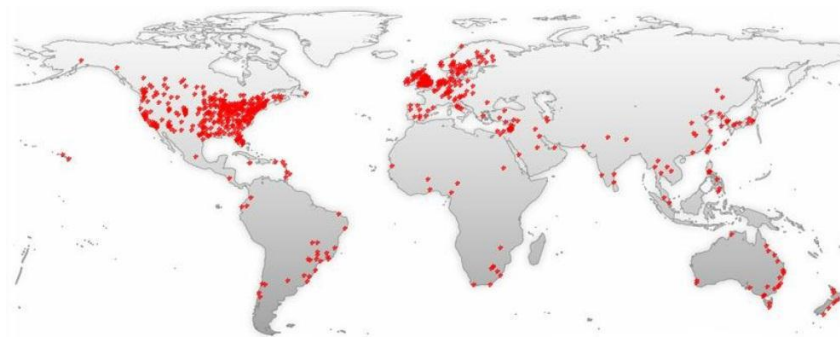


Figura 8: Distribuição dos estudos sobre *Nursing Leadership* no contexto mundial.

Fonte: GOPUBMED, 2012.

No que tange à relevância do orientador estrangeiro, evidencia-se o destaque internacional da pesquisadora Dra. Greta Cummings, pois se posicionava entre os dez (10) pesquisadores mais produtivos sobre o tema *Nursing Leadership* (GOPUBMED, 2012). A Dra. Cummings ofereceu suporte através de sua equipe de colaboradores para submissão

do projeto de pesquisa da doutoranda ao comitê de ética em pesquisa da *University of Alberta*, que foi aprovado sob o número de protocolo 34879 (Anexo B). Após a divulgação do convite para realização da validação dos dados para enfermeiros com experiência de pelo menos um ano em Atenção Primária em Saúde no e-mail de pós-graduandos da *Faculty of Nursing*, somente um enfermeiro com experiência em *Public Health*, estudante de mestrado, se voluntariou.

No que tange aos serviços de saúde, no Canadá, existem dois principais tipos de UBS: *Public Health Center* e *Medicenter*. O primeiro destina-se exclusivamente à prevenção (vacinação, saúde materno-fetal e problemas crônicos) e é coordenado e conduzido predominantemente por enfermeiros. Já o *Medicenter* visa ao tratamento de problemas de saúde com a realização de consulta médica.

Assim, os resultados foram apresentados e realizaram-se os questionamentos a partir do instrumento de validação. O enfermeiro canadense, ao comparar as realidades entre o sistema brasileiro e canadense, as considerou significativamente diferentes, especialmente no que se refere ao trabalho multiprofissional.

Foram questionados alguns aspectos, pois na realidade do *Public Health*, segundo o enfermeiro canadense, não há intensa interdependência entre as atividades dos trabalhadores de diferentes profissões. Assim, ele apontou que o modelo era claro em relação à coerência entre as categorias e componentes e que poderia ser utilizado para entender e superar as dificuldades de modelos de saúde que pautam sua dinâmica de trabalho nas equipes multiprofissionais.

Ainda, durante o desenvolvimento do estágio doutoral no exterior, foram re-lizadas mais duas validações com outras duas enfermeiras pesquisadoras com *expertise* na temática, selecionadas por suas experiências práticas e volume de publicações científicas. Entretanto, o processo de validação ocorreu à distância. Inicialmente, foi encaminhado um e-mail para convidar as pesquisadoras a participarem do processo de validação do modelo teórico e em anexo foram incluídos o instrumento de validação e um breve resumo da tese, contendo: título, pergunta de pesquisa, objetivo, tese, referencial metodológico, metodologia e resultados em formato de tópicos, com detalhes referentes às categorias, subcategorias e ao fenômeno.

Após a confirmação de interesse em participar da validação, estabeleceu-se um prazo médio de um mês, de acordo com a disponibilidade de agenda das pesquisadoras, para o retorno do instrumento respondido. Embora a autora do estudo tenha oferecido suporte para o esclarecimento de dúvidas que se fizessem necessárias,

foi realizada somente uma ligação telefônica para uma das pesquisadoras validadoras, para uma apresentação mais detalhada e confirmação dos objetivos com a validação do modelo teórico.

Como retorno, mais uma vez a autora do estudo foi estimulada a refletir sobre os termos utilizados para a nomeação de algumas categorias e do fenômeno. Todas as considerações foram acatadas, pois foram consideradas válidas para ampliar o entendimento e trazerem clareza à apresentação das categorias e seu conjunto de conceitos.

Pode-se ter como exemplo que, uma das subcategorias utilizava o termo “Aplicando o diálogo para lidar com conflitos e facilitar o acesso”, o qual foi substituído por “Dialogando para lidar com conflitos e facilitar o acesso”. Outro exemplo, na categoria “Enfermeiros desenhando novas lideranças em contraposição ao individualismo”, substitui-se por “Enfermeiros estimulando a liderança em contraposição ao individualismo, como um caminho para ampliação da autonomia e da visibilidade para profissão”. Logo, com diversas e sutis alterações, conseguiu-se transmitir de forma mais adequada o significado das práticas de liderança para os enfermeiros da ABS.

Ambas as pesquisadoras consideraram o modelo viável para transpor outros cenários inclusive o hospitalar, com relação às possibilidades de abstração do Modelo Teórico, pois tanto a ABS quanto a atenção terciária são movidas por pessoas e onde há pessoas, o terreno é fértil para discutir o processo de liderança. No que tange ao referencial teórico, o pensamento complexo foi apontado como adequado, tendo em vista que a liderança é um processo relacional e o sistema de saúde é uma imbricada rede de serviços que não podem ser considerados de forma isolada, reduzida ou fragmentada.

Enfim, realizou-se a validação do Modelo Teórico, com três enfermeiros pesquisadores com *expertise* no método e no tema, dois enfermeiros vinculados à instituição de coleta de dados não participantes do estudo e um enfermeiro canadense com experiência em Saúde Pública, que validaram a coerência metodológica, a aderência temática e possibilidades de abstração do Modelo Teórico.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Utilizaram-se as recomendações da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, para atender aos critérios éticos, que preveem os aspectos éticos a serem observados na pesquisa com seres humanos. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade

Federal de Santa Catarina sob o número 130/2011 (Anexo C).

Desde o primeiro momento foram consideradas, na elaboração da pesquisa, questões referentes à solicitação de autorização à direção das instituições (Anexo D) para a realização da pesquisa bem como a ciência dos participantes e validadores. Por este motivo, antes de realizar a validação com o enfermeiro canadense, o projeto de pesquisa foi submetido junto ao comitê de ética em pesquisa da UoFA, visando realizar o processo de validação dos resultados, que foi aprovado sob o número de protocolo 34879.

Todos os participantes e validadores foram esclarecidos quanto aos objetivos e à metodologia da pesquisa proposta antes da realização da entrevista ou validação. Assegurou-se o direito de acesso aos dados ou desistência de participação no estudo. O consentimento por escrito foi solicitado em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Todas as informações que identificavam os participantes na entrevista foram modificadas para preservar suas identidades e empregou-se o uso de pseudônimos formados pela letra P e um número ordinal correspondente à sequência das entrevistas realizadas (P1, P2, P3 a P30).

5 RESULTADOS

Neste capítulo, estão apresentados os resultados no formato de três manuscritos, conforme Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Entretanto, para que o leitor tenha conhecimento detalhado dos achados, julgou-se pertinente a apresentação descritiva dos mesmos com base nos componentes do paradigma ou modelo paradigmático proposto por Strauss e Corbin (2008), anterior à apresentação dos manuscritos.

5.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS SEGUNDO O MODELO PARADIGMÁTICO

O método de estudo, TFD, sugere a organização sistematizada e integrada dos achados do estudo em seis componentes: Fenômeno, Contexto, Condições Causais, Condições Intervenientes, Estratégias, Consequências, que integradas dão origem à categoria central ou fenômeno. A partir deste conjunto que emerge o modelo teórico *Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da ABS*.

5.1.1 Contexto

O componente contexto do fenômeno *Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da ABS* é formado pela categoria *Gestão pública da ABS*. A mesma é considerada complexa pelos enfermeiros e está sustentada por duas subcategorias: Emergindo a ABS complexa com necessidade de profissionais qualificados e Percebendo contradições no exercício da liderança pelo enfermeiro inserido na rede de relações e interações da gestão pública em saúde.

5.1.1.1 A gestão pública da ABS sendo considerada complexa pelos enfermeiros

5.1.1.1.1 Emergindo a ABS complexa e com necessidade de profissionais qualificados

Nesta subcategoria é questionado o real significado do termo 'básico' na denominação ABS. Segundo os participantes, o termo básico não deve ser relacionado negativamente à ideia de cuidados primários

ou fundamentais, ou à menor qualidade e resolutividade, no que se refere à baixa complexidade, como ilustra a seguinte fala:

Mas, na verdade, quando a gente vê, lê essas teses, falando que atenção primária é o postinho, que é coisa de baixa complexidade, que não precisa, que é só no diálogo. É tudo mentira, porque na verdade, quando eu falo que nós temos que ser os melhores na atenção básica, é porque nós vamos ter que lançar mão de toda a rede de saúde, desde a porta de entrada, até se preciso a atenção quaternária que é a internação (P15).

Assim, os participantes enaltecem o valor do seu trabalho realizado na ABS como um serviço responsável pela integração de uma complexa rede de atendimento nos diversos níveis de atenção à saúde. Em relação à coordenação de cuidados no sistema de saúde, os participantes enfatizam dois aspectos.

O primeiro aspecto é a necessidade de qualificação profissional para atuar neste cenário. Além de dominar a dimensão clínica, pois a UBS é referência para qualquer tipo de intercorrência. O profissional generalista na ESF encontra conflitos de interesse social, como: desemprego, violência intrafamiliar, negligência no cuidado de incapaz, dentre outros, como na seguinte fala:

O enfermeiro generalista tem que ser muito bom para trabalhar os conflitos da sociedade. Então, digamos que você receba no seu serviço de saúde uma mulher que já apanhou do companheiro ou um idoso fragilizado que não tem ninguém que cuide dele e tem que fazer um plano de ação... o que você acha? Ser enfermeiro generalista, ser enfermeiro de Atenção Básica, exige a formação de maior qualidade e mais complexa. Essa é a minha visão (P15).

O segundo aspecto relaciona-se à departamentalização como eixo condutor da organização lógica estrutural e operacional das ações em saúde desde o nível nacional até o local, como ilustra o seguinte depoimento:

A gente tá falando há quanto tempo, há 10 anos, Por um lado, constrói o Programa Nacional de

Humanização que se diz instrumento de reforma do SUS, para fazer a inclusão, valorização do sujeito... Agora, por outro lado, se constroem também as políticas de atenção com enfoque diferenciado, que promovem segmentação dos grupos... Parece um diálogo de surdos, né? Numa direção e outro se constrói na outra e trabalham no mesmo prédio! (P25).

Realizamos nosso planejamento interno dentro da minha diretoria, só que poucas pessoas de fora acessaram. (...) Eu acho que é uma luta. Todo mundo sabe que é importante integrar (os setores). Todo mundo sabe que uma área tem que estar participando das ações da outra. Mas, isso é muito difícil de ser feito na prática (P16).

Os participantes também relatam que tradicionalmente os hospitais eram considerados resolutivos porque tinham equipamentos e tecnologia de ponta. Entretanto, a ABS rompe este discurso e apresenta uma alternativa eficiente ao usuário, posicionando o foco sobre o contexto familiar e a formação de vínculo, como apresenta o entrevistado abaixo:

Nós que ensinamos com a nossa trajetória de profissionais a população que o hospital é melhor porque tem equipamentos; que hospital é resolutivo; que lá é tudo muito grande, é tudo muito misterioso. E o profissional de saúde, ele também se deu ao desfrute de dizer: eu tenho o poder dentro do hospital porque eu sei mais. Eu controlo os materiais; eu abro a porta; eu controlo a entrada, eu ... E então, gerou um conflito muito grande, entre essa questão, do hospital como uma estrutura complexa e a relação de poder da equipe de profissionais e a formação (P15).

Ressalta-se também que a ausência de limites entre a unidade de saúde e a comunidade, pois se ampliam a permeabilidade de informações e as práticas a partir de incorporações de atividades coletivas na comunidade e visitas domiciliares.

5.1.1.1.2 Percebendo contradições no exercício da liderança pelo enfermeiro inserido na rede de relações e interações da gestão pública

O movimento de contradições se faz presente na atuação dos enfermeiros inseridos na ABS, uma vez que os participantes percebem a intensa manifestação das forças político-partidárias quando o desejável é uma qualificada execução técnica. Os participantes consideram que a gestão pública em saúde apresenta um movimento de saída do modelo burocrático e pouco flexível para uma conformação mais integrada, ágil e dinâmica. Entretanto, são observados desafios que atendem a adaptação dos trabalhadores aos novos estilos, instrumentos e procedimentos.

Os participantes destacam ainda que ocorrem algumas substituições na composição das chefias ou equipes técnicas para que sejam incluídas pessoas com influência político-partidária e/ou competência técnica. Este aspecto é considerado limitador, pois gera descontinuidade da agenda proposta, tendo em vista que cada grupo gestor prioriza ações conforme sua linha de orientação. Além de ser percebida a sobrecarga de trabalho tanto para os enfermeiros em nível central quanto para os que atuam nas unidades básicas de saúde, como ilustra a seguinte fala:

É, eu percebo que essa continuidade está muito atrelada sim a esses interesses de poder, interesses políticos. A gestão pública recebe esse atravessamento não só da burocracia. Mas, aqui a gente poderia falar lá em patrimonialismo, em outras coisas do passado, que vem desde lá, herança lá da família real na gestão pública. É, a gente recebe esses atravessamentos que não são de nenhuma forma humanizadores. Eles não são de forma alguma democráticos. E se percebe nisso e eles vêm, digamos, de alguma forma, é... trazer quebra, ruptura no que deveria ser a continuidade (P17).

Entretanto, para manutenção do cargo no serviço administrativo, alguns enfermeiros relataram que é preciso fazer concessões ou, muitas vezes, justificar e defender a continuidade das ações já iniciadas. O propósito é enfatizar a importância da sua atuação naquela atividade, como relata o participante:

Dou trabalho. Eu sou considerada como um pouquinho mal criada. A palavra que usaram foi intransigente, mas não é o meu caso. Eu acho que sou séria. Isso é diferente de outros coordenadores que aceitam as coisas para se manterem no cargo. Já pedi para me tirarem, entende? Eu digo e eles não gostam de ouvir. (...) Gosto de lutar pelo que acho certo. Corro atrás de melhorias na unidade, de projetos que queremos implementar. Um dia desses, iniciamos uma ação muito interessante, mas por falta de materiais específicos, teríamos que abandonar. Decidi recorrer à Regional e diretamente ao Secretário. Claro que sem o apoio superior não teria dado nada certo... (P7).

No que tange ao vínculo laboral, destaca-se que os participantes consideram que ser servidor público proporciona ao estabelecimento maior relação com o cargo e local de trabalho, conseqüentemente, para o enfermeiro que trabalha diretamente com a comunidade, ampliam-se e fortalecem-se os laços entre equipe e comunidade. No entanto, apontam-se aspectos negativos à estabilidade dos trabalhadores, quando alguns profissionais se comportam de forma passiva frente às suas atribuições por um traço de personalidade, falta de motivação, de incentivos salariais ou ascensão na carreira.

Mas, ainda tem muito comodismo, não sei se em todos, né? Por exemplo, na reunião de planejamento: ‘Ah! pra que isso!? O salário não vai mudar...’. Mas, é que o salário não vai mudar mesmo e, isso não depende da gente neste momento. O que está sendo discutido agora é a necessidade de se melhorar o ambiente de trabalho, porque a gente passa oito horas aqui. (P1).

Ah, eu acho que é bom. Eu achava que, quando eu não era concursada, que parecia que a pessoa se acomodava. Mas, eu acho que não. Eu acho que cria um vínculo maior com o teu trabalho (P4).

Nesse sentido, os participantes pontuam que a atuação dos enfermeiros líderes de equipe saúde da família e coordenadores de unidade é fundamental para estimular e direcionar o grupo. Entretanto,

percebem que o processo de seleção dos coordenadores precisa ser revisado, uma vez que esse nem sempre ocorre por indicação técnica, sem a abertura de um processo formal interno, pautado em avaliação de perfil, currículo e de conhecimento das atribuições, como pode ser observado na seguinte fala:

O ponto bom é a indicação técnica. O próprio pessoal da unidade de saúde, o coordenador que sai e já vê o perfil de alguém e indica. Então isso, os vereadores já sabem que se eles vierem pedir, eles já sabem que não vão conseguir, porque são os nossos técnicos, todos eles têm nível superior... Mais um ponto bom. O ponto ruim, não se tem uma seleção... (P14).

Os enfermeiros se reconhecem como seres relacionais e políticos inseridos em um sistema que é dependente das articulações entre os envolvidos para torná-lo efetivo e consolidado, como apresenta o participante:

Você é o gestor, quando você é o coordenador. Nesse caso, você é o gestor representado da rede de saúde, você ali fala como secretário, você é um gestor representado. Quando você é enfermeiro, e diz que é só técnico e que não tem nada a ver com política, isso não pode ser verdade, porque quem trabalha numa gestão ou quem é gestor tem interface política e técnica. Ele não pode deixar de ser político, e não estou falando da política partidária, estou falando de fazer a política para o funcionamento da rede; fazer a política da negociação; fazer a política da articulação com a população; conversar com a população. Como efetivar o SUS e a ESF sem política? (P15).

Assim, os enfermeiros compreendem que ao se criar uma estratégia na qualificação das lideranças formais nas unidades básicas de saúde poder-se-á conquistar mais qualidade no processo de trabalho da equipe multiprofissional visando melhorias no atendimento à comunidade e processos gerenciais.

Segundo os participantes, a liderança exercida na ABS ocorre de forma mais lenta comparada ao que ocorre no cenário hospitalar. Os participantes entendem que a dinâmica do trabalho nos hospitais, em

turno de seis horas diárias com frequente rotatividade de pacientes, traz dinamicidade às ações dos enfermeiros, que conseguem ver o impacto de algumas atividades em pequeno e médio prazo.

Já as atividades na comunidade, por terem caráter coletivo com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, envolvem diversos setores sociais e exigem mais tempo. Assim, o exercício de liderança se dá de forma progressiva e acompanha o ritmo das ações em saúde.

A área hospitalar é muito diferente da saúde pública. Sempre trabalhei com tempo, com emergência. O cérebro tem que ser muito rápido e tem que estar seguro do que está fazendo. E a saúde pública é uma coisa lenta, morosa, demorada, que requer muita insistência. Eu sempre digo que a saúde pública é como uma mãe iniciando a amamentar; tem que ter muita paciência e persistência. Não desistir nunca. Porque muitas vezes a gente nunca alcança o que a gente quer. E a liderança que vem dentro da saúde pública também é lenta. Você vai adquirindo ela conforme vai vindo o tempo. (...) E por isso que eu te digo que ser líder é difícil, tem que estar no meio termo. Tem que ser uma pessoa que saiba conduzir de uma forma que você não seja nem autoritária, nem liberal... Mas que precise fazer acontecer o que precisa ser feito. Porque você também é cobrado (P3).

Contudo, os participantes destacaram que a dinâmica de atuação dos enfermeiros vem sofrendo mudanças ao longo dos anos. Inicialmente, assumiram a atividade de liderança com intenso envolvimento com a qualificação da atenção em saúde, para o cumprimento das políticas públicas e primeiros programas de saúde. Embora não estivessem preparados para desenvolver a principal ferramenta de trabalho na ABS, a consulta de enfermagem, eles buscaram alcançar o domínio teórico e prático, para conquistar seu espaço profissional.

Naquele período, os enfermeiros exerceram liderança, pois vislumbraram a necessidade de expansão da enfermagem. Assim, ampliou-se o número de trabalhadores na rede municipal e criou-se uma coordenação de enfermagem para organizar e suprir as necessidades relativas a este grupo de trabalhadores.

Atualmente, percebe-se que alguns profissionais apresentam queixas ou não buscam por mudanças no ambiente ou nas relações de trabalho, pois estão vivenciando um bom momento na Secretaria Municipal de Saúde, com valorização salarial. Há um número adequado de trabalhadores, contratação via concurso público e realização de diversas ações de educação continuada.

Como apresentado por um dos participantes, o déficit de enfermeiros líderes na ABS, pode ter relação com a analogia da árvore:

Então, eu acho muito injusto, quando os profissionais novos, enfermeiros, dizem que a instituição é ingrata, eu não concordo. Eles estão colhendo os frutos porque eles não plantaram a árvore. A árvore quem plantou fomos nós, os mais antigos brigaram, sem ter condições. Muitas vezes, com represálias, com frentes, levou anos, décadas para se poder alcançar. Então, hoje, você vai, pega um banquinho, sobe na árvore, colhe o fruto e não dá valor. Porque você não plantou; você não regou; você não fez a poda; você não limpou sequer embaixo da árvore quando ela soltou as folhas no inverno. Precisamos entender a realidade... depende da janela que você olha, pra entender como é que esse enfermeiro novo está olhando, essa árvore. Então, essa questão da atuação do enfermeiro na atenção primária hoje, ela passa por tudo isso... precisa valorizar o que tem e querer conquistar mais! (P15).

Verifica-se ainda no discurso dos participantes a preocupação com o comodismo de alguns profissionais e com a ausência de inovação e liderança na área, como apresenta o depoente:

Eles têm muito potencial pra executar essas novas políticas, mas, eu vejo de certo modo que ao mesmo tempo, ela é mais de uma zona de mais conforto, né? Mais conforto, eu acho que eles estão fortemente embebidos que eles tão fazendo uma prática que é importante, e como eles tão fazendo uma prática que é importante, então não precisa ir além daquilo, tá? Então, eles são de certo modo, eles estão nessa zona de conforto, como existe satisfação no que eles fazem, né? A

importância deles é de certo modo com que eles fiquem na zona de conforto, que não se mexam muito para mudanças, inovação, essa preocupação de construir mesmo, sabe? De inovar, de empreender mesmo, vejo isso como um momento na história e esse momento eu vejo muito como discutido em alguns lugares, como talvez ligada à geração que nós estamos vivendo hoje, e as condições sociais que estão sendo postas hoje. Então, existe uma questão de condição política, de que o mercado de trabalho existe; o sistema de saúde tem política já determinada. Então, eles 'tão' lá pra cumprir a política, obedecendo e aprendendo. Está tudo ótimo! Então, despertar pro questionamento, despertar para construção, a prática está dada. O jogo está estabelecido. As condições estão boas; a época é favorável; a época é favorável; tudo se caminha positivamente pra nós. Isso nos leva a uma certa... Eu digo o seguinte: Onde estão as lideranças de Enfermagem? (P27).

Assim, os participantes confirmam que dentre os desafios da Enfermagem, como profissão, é preciso sensibilizar os enfermeiros para uma atuação diferenciada para continuidade de ações efetivas na ABS, tendo em vista sua complexidade e necessidade de considerar a articulação entre os aspectos apresentados.

5.1.2 Condições Causais

O fenômeno foi gerado pela categoria *Compondo o perfil do enfermeiro para liderança em saúde e sua importância nas organizações*, euré composta pelas seguintes subcategorias: Enfermeiros exercendo liderança mesmo sem cargo formal, Graduação como propulsora da liderança desenvolvida, Percebendo a liderança como algo central nas organizações e Enfatizando características do enfermeiro líder.

5.1.2.1 Compondo o perfil do enfermeiro para liderança em saúde e sua importância nas organizações

5.1.2.1.1 Enfermeiros exercendo liderança mesmo sem cargo formal

Nesta subcategoria, a liderança é uma característica reconhecida como característica inata. Muitos participantes ressaltam que nasceram com essa habilidade e desde criança possuíam carisma ou exerciam alguma influência sobre as outras pessoas e que assumir cargos de representação ou de destaque nas instituições foi algo natural e quase que imediato na carreira profissional. Neste processo, alguns participantes percebiam-se mais como liderança do que de um chefe, por desenvolver uma função legitimada, e não somente legalizada:

Fui sempre ocupando funções de liderança. As coisas foram correndo como uma parte da minha vida, sempre assumindo papéis de liderança. Aí, quando eu me formei, logo depois eu assumi a Chefia de Enfermagem de um Hospital da Grande Florianópolis. Mas lá, também nessa postura, muito mais numa visão de liderança do que visão de chefia, no sentido de fazer um diálogo já com a literatura. Eu acredito que muito mais como uma função legitimada do que uma função legalizada, no sentido de assumir com intenção de mobilizar a Enfermagem, a qualidade da assistência, visar por melhorias nas condições de trabalho, melhorar também com compromisso com os usuários, com os pacientes, né? (P28).

Têm pessoas que nasceram para serem líderes, eu vou te dizer que eu gosto de liderar. Eu nasci com esse espírito de líder. Eu já liderava na minha família. Eu sou a filha do meio, mas eu sempre liderei os meus irmãos, eles diziam, “tu manda e a gente tem que obedecer”. Então, eu sempre fiz organizações dentro de pequenos grupos. Na universidade não, porque nós tínhamos uma turma com muitos líderes. Então, a gente não aparece muito, mais competitivo o mercado. Mas, depois que eu vim pra prática, o mestrado me fortaleceu muito, a partir da gente ter que estudar aperfeiçoar os conhecimentos. Mas, acredito que isso é próprio do ser humano. Há pessoas que nascem já com esse perfil de liderança e vão aperfeiçoando, são grandes líderes. E outros não têm o perfil e são estimulados a desenvolver essa atividade, podendo, algumas vezes, não evoluir com sucesso (P10).

As lideranças, elas têm uma personalidade com forte potencial de liderança. Ela tem algumas características de determinação e, ao mesmo tempo, de sedução ou de carisma, né? Nós trabalhávamos muito o conceito de liderança carismática. As pessoas eram atraídas por serem carismáticas. Hoje se compreende que a pessoa é mais aberta, tem maior capacidade de diálogo ela consegue liderar. Mas, outro conceito também que sempre foi muito forte, é que a liderança está sempre em pessoas que você confia. Onde existe confiança, você acredita nela. Você confia nela. Você, de certo modo, é amparada por ela. Você sente que ela tem, ela é alguém que pode fazer por você alguma coisa. Então, é nesse sentido que um líder se sobrepõe, né? (P27).

Relatam, ainda, que por ser um traço na sua personalidade, puderam se envolver na luta pelo reconhecimento e valorização da categoria. Buscaram melhores condições de trabalho, salário, formação em serviço e qualidade na assistência. Isso, porque acreditam que a Enfermagem não é filantropia, e sim, uma profissão essencial para o gerenciamento dos serviços de saúde e para o cuidado humano, como se pode observar na fala:

Em relação à liderança, sempre fui uma enfermeira que brigou muito pela categoria, pela enfermagem e pelos enfermeiros, nunca me acomodei com essas falas de que o enfermeiro deve ser submisso. O que muito me incomoda é que durante minhas palestras para os alunos da primeira fase do curso de Enfermagem, ao perguntar: o que vocês imaginam que é ser enfermeiro? E vou apontando, e perguntando pra quem vou apontando, e o que a gente mais escuta, é ajudar os outros. Ser enfermeiro é ajudar os outros, é se doar e é tudo mentira. Por que quê é tudo mentira? Porque você vai pra universidade, não é para ajudar os outros: é para crescer, é para buscar o conhecimento; é para estudar; é para crescer profissionalmente; e é para buscar amanhã uma qualidade de vida, para sua família, para quem você construiu para a sua vida. E ser um bom profissional com ética, com moral, com

princípios, com boa formação, com cultura, mas que pra isso, você precisa executar a sua atividade da sua formação. Então, eu começo a discutir essa questão de que Enfermagem não é filantropia. Aí, eu faço até uma discussão, uma interface, da minha situação enquanto enfermeira e de uma freira que também é enfermeira, que procurou a vida religiosa, uma vida de doação. Ela sim é enfermagem filantropia, pela condição de vida que ela escolheu. A minha enfermagem é fazer o bem? Sim. É fazer meu papel profissional com qualidade, com moral. Mas, também ser reconhecida, ser bem remunerada, ser dignamente remunerada. É esse ponto que briguei por melhores condições de trabalho, melhor remuneração, e qualidade de formação, ou seja, eu não discuto também só melhor remuneração melhor, mas eu discuto também qual qualidade nós temos do enfermeiro hoje. Eu brigo muito com as enfermeiras. Sempre briguei! Você quer ganhar bem, você tem que estudar, você tem que ser melhor, então é isso. (P15).

Os participantes entendem que o enfermeiro é convidado a liderar desde ABS até o contexto hospitalar e são reconhecidos como liderança. Nas unidades básicas de saúde, algumas atividades como: supervisionar a equipe de enfermagem e de agentes comunitários de saúde; solicitar recursos materiais e medicamentos; realizar a gestão de pessoas; receber os novos profissionais; preencher os formulários dos programas de saúde; coordenar a equipe de saúde da família e a UBS foram citadas por oportunizarem o exercício de liderança pelo enfermeiro. Embora esta última atividade não seja uma atividade imposta aos Enfermeiros do Município de Florianópolis, os participantes percebem que esse profissional se posiciona à frente dos serviços de saúde, por ser um profissional com mais mobilidade. Por ser menos presente nos consultórios, logo, é possível dedicar-se à organização do serviço, como se observa nos depoimentos:

Têm médicos que vestem a camisa de PSF, outros não, são mais assistencialistas. A gente já teve médicos, que realmente eram PSF. Pegavam o carro dele ou o nosso mesmo e faziam as visitas que eram necessárias, iam juntos, abraçavam.

Vamos fazer isso, vamos encaminhar tal paciente, trabalho em equipe, sabe? E tem aquele que não assume nada, só seu paciente. Tentamos deixar um técnico junto com o enfermeiro e o médico organizar, mas o médico tem um demanda muito grande, atende a muita gente. O técnico assume sala de vacina, curativo, farmácia, faz aqueles procedimentos, o acolhimento. Quando está faltando alguém do administrativo, aí fica complicado ficar cobrando algumas coisas deles, se eles não dão conta nem do trabalho deles. Aí acaba que a gente, o enfermeiro, assume muita coisa, que talvez a gente poderia delegar para outra pessoa. Mas, assumimos porque não tem para onde correr, ou você assume ou você assume! (P3).

Não sei se pela formação, porque ele (o enfermeiro) já se forma pra liderar uma equipe dos técnicos de enfermagem. E daí, o próprio perfil, o reconhecimento à comunidade, o trabalho com o ser humano. O curso de graduação, eu acho que já faz isso. Claro que há pessoas que não têm o perfil de liderança né? Quem acaba tomando a liderança, eu acho que na maioria, é o enfermeiro. Alguns médicos tomam a liderança porque gostam dessa parte de coordenação né? Ou até dentista né. Mas, eu acho que a própria formação já tem um encargo de liderar uma equipe com os técnicos né. Então, já acaba assumindo esse papel. Até o agente comunitário, ele se sente mais à vontade para procurar a gente. Nosso ritmo de trabalho é muito próximo. Trocamos informações; solicitamos atividades; esclarecemos dúvidas; investigamos os casos... A equipe como um todo participa nos momentos coletivos, mas, a supervisão do trabalho deles é realizada pelo enfermeiro (P4).

Os participantes acreditam que o enfermeiro é reconhecido pela equipe e comunidade como uma referência: seja por um perfil diferenciado de liderança sensível aos problemas sociais da comunidade ou por assumir muitas responsabilidades junto aos serviços de saúde.

Eu vejo que da época que comecei a trabalhar até hoje, nós ganhamos muitos compromissos. Antigamente era mais fácil para trabalhar. Hoje existem muitos programas. Programa de hipertenso, diabético, programa de bolsa família que nós vamos direto fazer, SISCOLO e SISMAMA. Aí já tem o resto das consultas normais... É necessário organizar nossas atividades e conciliar a agenda dos demais profissionais, incluindo as investigações de casos, reuniões, visitas em escolas e em domicílio. É muita coisa! Aqui a gente não tem assistente social. Tem uma, que vem de vez em quando e faz parte do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Por isso, a gente acaba resolvendo a maioria dos problemas de assistência social. E a população já nos procura quando tem alguma dificuldade neste setor... Embora muitos problemas sejam identificados no consultório médico, mas acabam sendo encaminhados para gente. Inclusive, muitos usuários pedem para falar diretamente conosco quando aparece esse tipo de situação. Ah! Problema no abastecimento de posto? A gente que faz o pedido... (P4).

Destaca-se que, quando os enfermeiros não ocupam cargos ou funções formais de coordenação, estabelecem parcerias. Assumem demandas gerenciais e resolvem muitos problemas ou conflitos que surgem no dia-a-dia. Os participantes relacionam essa atitude à dinâmica de trabalho deste profissional, que realiza atividades assistenciais concomitantes às ações gerenciais. Enfatiza-se que as duas dimensões se complementam e são interdependentes, pois quando o enfermeiro se afasta de alguma delas, ele apresenta fragilidades, pois o saber gerencial potencializa o saber clínico e vice-versa.

Não era que eu coordenava a unidade de saúde, mas era responsável pela equipe. Eu não era a figura de coordenador, porque tinha um coordenador formal, mas quem respondia por aquela equipe era eu. As pessoas se reportavam a mim. (P1).

Nossa coordenadora também é enfermeira de equipe, então ela não consegue fazer a parte dela,

por conta das reuniões e atividades gerenciais. Assim, eu acabo fazendo a maior parte das ações dela, não fica muito separadinho. [...] Mas, independente da organização de trabalho, de uma ajudar a outra, acredito que manter contato com o usuário faz com que estejamos mais preparadas para gerenciar. Ao atender o usuário, você percebe a angústia, o grau de importância daquilo na vida dele e encaminha o quanto antes. Quando você está distante deste processo, acho que você vai no ritmo do sistema. As prioridades podem ser avaliadas pelo aspecto biofísico e não relacional... Entende? (P3).

Quando todo mundo está querendo trabalhar junto é muito prazeroso. Então se tem uma equipe boa é muito prazeroso. E hoje eu trabalho com uma médica que é bem acessível. Conseguimos manter uma relação horizontalizada, inclusive com os técnicos de enfermagem, agentes e com os pacientes. Não me sinto uma líder centralizadora. Sou uma pessoa que vai direcionar, que vai coordenar, que está atenta aos detalhes que os demais não estão observando por estarem focados em seus trabalhos (P4).

Não vejo o trabalho gerencial exclusivo como uma coisa negativa. Só que o ruim é quando uma pessoa vai só para um lado ou para o outro, entendeu? Eu não te digo que eu sou só gestora, porque eu atendo muito bem os meus pacientes. Eu acho que uma coisa é o complemento da outra. Ajuda a ter o preparo de uma gestão; dá amplitude à tua visão para trabalhar a tua assistência. Então se eu supervisiono, vejo, agendo ou até reorganizo minha equipe junto é para melhorar minha assistência e o acesso aos pacientes que estão na minha área (P9).

5.1.2.1.2 Graduação como propulsora da liderança desenvolvida

Esta subcategoria apresenta a liderança como um conjunto de habilidades e atitudes que podem ser aprendidas e aperfeiçoadas na formação superior. Os participantes afirmam que alguns enfermeiros só

lideram por influência da formação. E, que o interesse em desenvolvê-la foi iniciado na graduação de Enfermagem por dois aspectos principais.

O primeiro a ser citado foi o fato do tema liderança estar inserido na disciplina curricular obrigatória para a Enfermagem. E que propicia inclusive estágios com exercício práticos em hospitais e na saúde pública. Os participantes percebem que existe uma preocupação dos professores em relação ao aprendizado e à vivência dos conteúdos lecionados em sala de aula nos campos de ensino, como ilustram as falas a seguir:

Eu acho que tem muito a ver com a formação. A Enfermagem tem muito de administração, de reorganização. Então, eu acho que ela te prepara muito para isso. Naturalmente, eu vejo que os profissionais se orientam um pouco para esse lado de organizar os programas... (P9).

Claro que eu ainda percebo que os enfermeiros tem um papel de destaque, porque nós temos essa cadeira de liderança e de administração na academia, na formação... e, as vezes, as outras profissões não têm. Então, a gente percebe que onde tem um enfermeiro na coordenação, a coisa flui melhor, e isso o gestor também percebe. [...] Além disso, sou de uma época em que a Enfermagem estava conquistando espaços, se inserindo na Atenção Básica com maior vigor, e por esse motivo, nossos professores eram grandes inspiradores para uma prática séria e preocupada com a qualidade do atendimento (P10).

O segundo aspecto identificado pelos participantes foi o aumento de interesse progressivo em dominar essa ferramenta de gestão tendo em vista a necessidade de exercer liderança durante a supervisão da equipe de enfermagem, coordenação das unidades de saúde e coordenação dos cuidados de enfermagem. Para alguns, o exercício de liderança durante o curso foi uma constante com reflexo em sua prática profissional atualmente, como ilustra o participante:

Além da liderança e conteúdos sobre a gestão serem bem trabalhados na formação do enfermeiro, acredito que o exercício de trabalho em equipe e a inserção em campo de estágio,

observando como é o dia-a-dia do enfermeiro, fazem com que o aluno se interesse em aprimorar aspectos mais relacionais. Lembro que, como um exercício durante o curso, todas as oportunidades de apresentação de trabalho, comissões, e grupos de estágio, eu procurava ser a mediadora ou a coordenadora das atividades. Parece uma tolice, não? Mas, foi com essas estratégias que fui me desenvolvendo para ser o profissional de hoje. E com certeza ainda tenho muito para melhorar! (P24).

Mesmo quando a liderança é algo natural, o exercício dela e investimento nas relações de trabalho, ou interpessoais são importantes para fortalecer uma prática mais eficiente. As pessoas mudam, o contexto muda. Tudo muda... inclusive a liderança. Por esse motivo, a liderança é e será sempre um tema importante para estudo e um desafio na prática dos profissionais de saúde. Os enfermeiros devem investir constantemente, investir em formação e qualificação profissional (P30).

Entretanto, existe clareza de que o desenvolvimento de liderança é uma constante na vida profissional dos enfermeiros, sendo a graduação somente o primeiro espaço formal para desenvolvê-la.

5.1.2.1.3 Percebendo a liderança como algo central nas organizações

Nesta subcategoria, os participantes compreendem a liderança como a chave das organizações, em especial nos serviços de saúde. Uma vez que a gestão em saúde tem sido considerada tradicional e fragmentada, os participantes afirmam que a liderança deve ser entendida e utilizada de forma mais eficiente, com investimento em pessoal qualificado e desenvolvimento de pessoas, conforme apresenta o seguinte depoimento:

Eu acho que a liderança hoje é a grande agenda de gestão no mundo, não digo que é a única, mas está entre as tops. O mundo todo está reforçando isso: que a liderança é a questão-chave das organizações. Se as organizações não investirem

em liderança, a chance de sobrevivência é pequena. Então, as organizações que investem na liderança têm mais chance de sobrevivência, sucesso (P28).

Os participantes sustentam esta ideia ao afirmarem que liderança não está atrelada a um cargo, ou seja, a diferença está na forma de agir e de como articulam os elementos para que as metas sejam alcançadas. Nesse sentido, a associação entre o cargo e a liderança de gestor demonstra ser a articulação perfeita para a condução do grupo e para se ter autonomia a fim de se proverem mudanças significativas no processo de trabalho e estrutura física, como se observa na fala:

Não importa quem está lá no cargo. Isso eu fiz na minha gestão, articulando as forças, os poderes internos, aquelas coisas... As pessoas olham primeiro pelo poder ou quem é que vai ter o cargo, como se a liderança fosse ter cargo, entende? E pra mim, liderança não é ter cargo, liderança é você saber como fazer. O cargo sempre a ajuda, mas é você ter espírito de liderança, ser empreendedor e lutar pelas conquistas, que faz a diferença (P27).

Destacam-se pelos participantes que os enfermeiros têm oferecido um suporte gerencial e de liderança importante para a condução dos projetos da Atenção Básica à Saúde. Desta forma, conseguem agregar valores fundamentais para coordenação das equipes no nível central. Isto é, demonstram conhecimento teórico-prático, liderança e ocupam cargos que lhes conferem certa autonomia para realizar as adaptações quando necessárias, como ilustra a fala:

Se não fossem os enfermeiros, a gente não teria a mesma Secretaria de hoje, ou seja, uma Secretaria forte, uma Secretaria mobilizada. A gente fala que quem carrega o piano na Secretaria são os Enfermeiros. A gente tem muito cargo de gerência dentro do nível central com enfermeiros, e grandes cargos, cargos importantes também. Mas, a gente sabe que não importa. Pra mim não tem que ser homem enfermeiro que tem que assumir isso ou aquilo, o que eu acho que tem que priorizar são os perfis. Se a pessoa tem perfil,

conhece a área na qual atua, independente disso, não sou corporativa a esse ponto. É claro que eu fico feliz quando se juntam as duas coisas, o enfermeiro e o perfil (P14).

5.1.2.1.4 Enfatizando características do enfermeiro líder

Nesta subcategoria, apresentam-se as principais características do enfermeiro líder descritas pelos participantes. O *domínio teórico e prático do cuidado de enfermagem e a administração em saúde* foram citados por todos os participantes como principais aspectos para atuar com segurança na dimensão clínica e conduzir o grupo de trabalho.

O fato de ter disciplinas relacionadas à gestão e administração em saúde coloca o enfermeiro em destaque na equipe por atuar de forma mais sistêmica. O interesse em conhecer os fluxos de informações e a articulação dos saberes gerenciais ao cuidado direto ao paciente tornam sua prática a combinação ideal para fazer com que o enfermeiro se mantenha atualizado em relação às melhores estratégias para otimizar os processos e trazer qualidade à assistência, como se observa nas falas:

Acho que o enfermeiro consegue desenvolver o papel de coordenador do trabalho de equipe, digamos assim. Eu acho também que a questão da formação influencia, temos um conhecimento um pouco maior sobre SUS, saúde da família, atenção básica, e principalmente sobre administração de serviços. Eles acabam não tendo tanto conhecimento. Principalmente em relação ao nível médio, os técnicos de enfermagem, que não são estimulados nesse sentido pelo curso. Mas, depois, na vida profissional, vão adquirindo. As outras categorias, como a Medicina e Odontologia que são mais presentes ali no dia-a-dia e estão mais integralmente dentro na unidade. Entretanto, elas têm um conhecimento um pouco menor. Isso dá o diferencial. Cabe salientar também que atualmente ali, a gente tem alguns méritos, exerce algum poder de influência de liderança bem importante (P11).

Mas, vários municípios do Brasil que eu conheço, onde o enfermeiro está à frente, existe um destaque com relação ao funcionamento daquele

serviço, naquele local. Não sei, mas talvez pelo fato do enfermeiro ser formado para ter uma visão sistêmica; para poder olhar e enxergar todos os detalhes de um processo. Eu acho que isso, é um ponto que eu acho que ajuda muito o enfermeiro na hora de assumir uma gerência, uma diretoria. Que é necessário, que ele como um gestor enxergue; veja todos os contextos envolvidos. Então assim, nesse ponto, a gente tem um fator que diferencia, mas nem todo o enfermeiro tem essa visão (P16).

Foi destacado que o domínio teórico e prático na área das ciências médicas tem sido utilizado como um instrumento de poder entre os profissionais de saúde. Por esse motivo, os participantes afirmam que o enfermeiro deve utilizar seu saber para conseguir o respeito do grupo, de modo a estabelecer e consolidar seu conhecimento técnico no seu local de trabalho, seja na unidade básica de saúde ou em nível central, como ilustra os depoimentos:

Dominar o assunto que você trabalha é importante para liderança. Tem que argumentar as coisas corretas nas áreas certas, tanto clínicas, quanto gerenciais. Tem que estar sempre atualizando, quanto às leis, protocolos de saúde, medicamentos, direitos e deveres, acho isso uma das coisas mais importantes (P3).

Eu tive que estudar muito pra chegar aonde eu cheguei, porque tem coisa que tu não aprende na faculdade. A minha área, ninguém aprende na faculdade; se aprende, aprende fracionada ou superficial. Só que eu passei a dominar isso com esforço pessoal; no meu horário livre, e aí eu discuto, olho no olho, frente a frente, com quem quer que seja, até com o secretário. Eu discutia com ele quando achava que ele estava errado e eu estava certa e isso exigia postura. A postura diz respeito a não ter medo de receber um não e de discutir. Muitas vezes, o enfermeiro até sabe, mas ele se sente inseguro só porque o médico falou mais grosso e ele já baixa a crista e é dominado. Eu nunca fui assim, eu discuto de frente. Eu não tenho vergonha, não tenho medo, até porque eu

sei que eu sei, e eu sei que eles não sabem. Eles acham que sabem, mas eles não sabem. Então, eu entro em discussões, quando entro em reuniões, que eles morrem de medo de mim. A gente tem nos distritos enfermeiros e médicos, em uma discussão em reunião maior com diretores, por exemplo, os enfermeiros acabavam sendo respeitados. Mas, a gente tem que sempre falar mais, sempre se impor mais. A gente tem que provar que sabe. Enquanto outros profissionais bastam exprimir opinião e são super valorizados (P16).

Os participantes acreditam que o líder é uma *referência de organização, de solução de problemas e de responsabilidade*. Esses três aspectos sempre se apresentavam interrelacionados, uma vez que o enfermeiro foi compreendido como indutor da organização do trabalho em equipe, por possuir um olhar diferenciado sobre a prática, mais humano e social. Nesse sentido, consegue agir sobre algumas necessidades dos usuários para além da dimensão biomédica, como apresenta a fala:

Falando especificamente em equipe, vamos começar pela atuação do enfermeiro em equipe. Ele é de extrema importância... Sem o enfermeiro, a equipe não existe, porque o enfermeiro, claramente, tem o papel de liderança, de puxar a equipe. Então, é ele quem coordena os agentes. Não está escrito que o enfermeiro é o coordenador da equipe em nenhum documento, mas a partir do momento que ele coordena os agentes, ele acaba coordenado toda a equipe. Então, ele tem esse processo de chamar a equipe, de conduzir a equipe, exceto, e olha a gente tem poucas exceções aqui (SMS), quando não é o enfermeiro que puxa a equipe. [...] A gente tem pouca experiência do enfermeiro não conduzir. Mas, pra mim, ele é de vital importância. O enfermeiro tem o olhar totalmente diferente. Nosso processo de trabalho é diferente do médico, e tem uma comparação muito grande, mas são processos diferenciados. O enfermeiro tem o olhar voltado para o social e consegue puxar esse aspecto. Para outras questões, o enfermeiro também tem um

papel indutor de organização do processo de trabalho, o que exige responsabilidade e resolutividade. Então, onde a gente consegue puxar isso, a equipe caminha bem (P14).

Os participantes percebem que o exercício da liderança pelo enfermeiro tem como foco a qualidade da assistência, a resolutividade e ampliação do acesso à saúde. Assim, mesmo quando o enfermeiro não é coordenador da unidade de saúde, assume algumas demandas organizacionais como suas a fim de concretizar o alcance das metas. A exemplo, os participantes citam o desafio de serem acionados pelos demais profissionais quando algo imprevisto acontece. Mas, percebem que, no final do dia, sua agenda esteve repleta de atividades inesperadas e elaboração de estratégias coletivas e individuais.

Ainda, com a rotatividade dos demais profissionais, em especial os médicos, e por atuarem muitas vezes como coordenadores das unidades de saúde, os enfermeiros percebem-se com uma grande responsabilidade para manter o serviço funcionando com condições adequadas, tanto para os usuários quanto para os profissionais, como pode ser observado:

Tem muita rotatividade na minha equipe. Trocou três vezes de médico em um ano e meio. Então, quem ficou com essa responsabilidade de receber o médico, de envolvê-lo, mostrar a realidade da equipe dos usuários foi eu. Eu me tornei uma referência como enfermeira. Mesmo na parte clínica, os usuários me procuravam para falar dos seus antigos problemas. E eu entendia, pois eles também se sentiam inseguros, pois em quatro e cinco, houve troca de médico. Mas, eu gostava disso! Outra coisa, eu, como enfermeira, organizava as reuniões, registrava a discussão em atas e tudo mais (P12).

Embora os participantes percebam sua atuação na organização do serviço como algo positivo, afirmam que muitas vezes é um trabalho solitário, pois nem sempre a equipe deseja se envolver nas atividades. Por esta razão, o *senso de justiça* foi citado como fundamental para o enfermeiro líder, pois esse precisa saber o momento adequado para solicitar mudanças no comportamento dos funcionários ou mesmo encaminhar o processo para instâncias superiores, quando eles

identificam problemas na conduta ética ou clínica dos profissionais da equipe, como esclarece o entrevistado:

Eu acho que um verdadeiro líder, ele não é líder entendeu? Ele constrói junto com a equipe. Eu não faço absolutamente nada sem a aprovação da minha equipe. Eu não tenho essa função, entendeu? A minha função é, eu tenho um cargo que me dá uma autoridade, sob uma autonomia relativa frente aos outros colegas e eu tenho uma grande responsabilidade com isso, porque eu tenho que ser justa. Ser justa é muito delicado, porque você tem que trabalhar com muitos elementos. Tem que ser neutra; tem que, às vezes, se impor, às vezes tu tem que voltar atrás; às vezes, tu tem que ser legal; às vezes, tu não consegue ser muito legal. Então, é muito solitário, e às vezes, é muito triste... A questão da gestão é boa e ruim ao mesmo tempo, quando eu coloco na balança, vejo que vale à pena (P9).

Para tanto, outro elemento facilitador para exercício de liderança do enfermeiro e aplicação efetiva do senso de justiça é a compreensão de que os profissionais possuem uma autonomia relativa e a interdependência é essencial para articulação do grupo. Ou seja, o *espírito de equipe* é uma característica que promove a minimização das relações de poder e de dominação. Segundo os participantes, esta noção beneficia o trabalho em equipe, pois o enfermeiro se propõe a integrar os profissionais de saúde e compartilhar a tomada de decisão. Assim, ele torna as relações mais horizontais e permite a troca de informações, como é descrito pelos participantes:

A gente passa muito tempo dentro do trabalho: 8 horas por dia, cinco vezes na semana. Passa mais tempo do que em casa com a família. Então, se a gente não tiver espírito de equipe, ter o mesmo discurso não tem como a gente trabalhar. Então, a gente se força, querendo ou não ser colegas de trabalho. E quando a gente aprende a escutar as diferenças, a ceder para o outro, acho que a gente consegue fazer fluir o lado profissional do trabalho (P2).

Hoje é bem claro para nós que a liderança é a capacidade ou potencial de articulação entre as pessoas. Vejo os enfermeiros indo por esse caminho. Articulação entre as pessoas, minimizando o máximo as relações que sejam de dominador e dominado e visando ao máximo essas relações. Mas, ao mesmo tempo, se você pensar dentro da compreensão da complexidade, a relação autonomia/independência de que você precisa juntar, somar forças para ao mesmo tempo competir, ao mesmo tempo, você compete, mas, para ganhar e somar forças também. Então, dentro desses processos e contra processos, de relações ou interações de articulações entre as pessoas e que mexe com a ideia de que o coletivo não seja um coletivo fechado, mas, que o coletivo é mais aberto e as ações de articulação são em alguns momentos mais fortes e em outros momentos mais fracas. Mas, permitem uma relação mais horizontal, que nunca é estática e com ampla circulação de elementos, informações,... (P27).

Conseqüentemente, as relações se tornam mais harmoniosas e o *respeito* passa a ser uma relevante característica na forma de se relacionar do enfermeiro. Tendo em vista o contexto de relações e movimentos de disputa de poder, os participantes afirmam ainda que por meio de um tratamento respeitoso se alcança uma liderança autêntica, ou seja, sem imposições e autoritarismo. Segundo o participante, o interesse da equipe em fazer determinada ação com satisfação, é resultado de um trabalho conjunto pautado na confiança e no respeito:

Pra mim, liderança é a capacidade que uma pessoa tem de comandar um grupo sem necessitar mandar. Um líder, ele faz junto. Ele é capaz, ele tem o poder de conquistar as pessoas que estão ao seu redor em prol da realização de alguma coisa. E pelo fato, porque assim, existem vários chefes que fazem a mesma coisa, mandam fazer. Mas pra mim, liderança não é você impor autoridade, é você ganhar confiança dos teus subordinados, para que uma ação seja executada e todos tenham satisfação naquilo, que todos tenham orgulho daquilo no final (P16).

Ser *flexível* foi apontado como algo importante para o líder. A flexibilidade é concebida no sentido de oportunizar relações mais horizontalizadas, uma relação mais democrática e compreensiva. Os participantes entendem que, quando se preservar a segurança do paciente, ao permitir mudanças na dinâmica de trabalho, consegue-se motivar o funcionário individualmente e permitir impactos na equipe de enfermagem, ou seja, o exercício de colaboração e solidariedade. Identifica-se este achado no seguinte relato:

Eu considero muito positiva minha atuação na organização do serviço, porque eu procuro ver se está tudo funcionando. Se não, vamos experimentar outra opção, outro caminho. Por exemplo, há mais de um ano atrás trabalhávamos com agendamento mensal, e a gente começou a escutar muita reclamação. Os usuários chegavam de madrugada... tinham em torno de 60, 70 pessoas. Aquele que chegou no final da fila não tinha atendimento, só no mês que vem. Então, chegamos em uma reunião mensal de equipe e falamos: vamos experimentar o agendamento semanal. Claro que a gente continua trabalhando com o acolhimento para as urgências e emergências, mas organizamos de forma geral a demanda programada. E a população aderiu muito bem. A gente tenta ver alternativas, se elas começam a não funcionar, a gente descarta e vamos para outra (P2).

Mas, os participantes enfatizam que liderar também é um processo que exige tempo: tanto para conseguir executá-la quanto para ver os resultados. Assim, o enfermeiro líder deve ter *paciência e criatividade* para superar os atritos nas relações interpessoais, falta de materiais e de pessoal. Ainda, visando ao alcance de maior qualidade e eficiência no processo de liderança, tanto o *amadurecimento pessoal como o profissional* do enfermeiro foram citados como essenciais.

Embora se reconheça que o jovem enfermeiro possa exercer significativa liderança no seu grupo de trabalho, a pouca experiência clínica e gerencial pode limitar sua atuação, repercutindo em insucesso. Segundo os participantes, quando se inicia um novo projeto ou uma nova equipe, é sempre um processo difícil, pois envolve o desconhecido e incertezas. Entretanto, depois de ter vivenciado algumas vezes essa

mesma situação, passa-se a ter conhecimento para além do teórico, ou seja, ampliam-se as noções de relacionamento interprofissional, interdepartamental, interinstitucional, e assim por diante. Conforme informado pelos participantes, passa-se a dominar outros saberes e atuar com mais confiança e determinação:

A primeira coisa, que vejo por nós aqui, é paciência. É uma coisa que tem que ter. Até em atendimento à comunidade. Paciência que gera equilíbrio, inclusive no processo de liderar grupos... [...] Queria dizer que fazer liderança é muito difícil; ser líder é muito difícil. Na verdade, é um processo de muito amadurecimento ao longo do tempo. Hoje eu me sinto preparada, mas, eu tive uma época em que me sentia insegura. Com o tempo, se ganha experiência para lidar com as questões clínicas e os problemas do sistema, mais administrativos (P3).

Ao *potencializar a liderança nos demais membros* da equipe, faz com que se sintam motivados a sempre buscar melhores condições de trabalho e atendimento para a comunidade. Afirmam que ao assumirem seus cargos, tanto junto à equipe ou na coordenação, esforçaram-se para registrar sua contribuição em algum processo para refletir em uma melhoria significativa, como ilustra a fala:

Para mim, quando a equipe está um pouco desestimulada, eu me sinto uma péssima coordenadora. Uma coisa bem subjetiva. Quando as coisas passam muito tempo paradinhas, muito normal... Aí eu me sinto mal. Não sinto que estou sendo uma boa liderança nesses períodos, uma boa coordenadora. Penso que devo estimular constantemente... Estimular liderança, pró-atividade, companheirismo. Estimular a busca por problemas e soluções... Quando as coisas não mudam, sinto-me vencida pela resistência das pessoas. Gosto de mudança; gosto de desafios (P8).

Os participantes também complementam que se percebem como bons líderes ao se *adaptarem às mudanças* e promoverem mudanças no serviço de saúde. Entretanto, este é um processo que depende muita

energia, pois nem sempre a equipe está disposta a fazê-lo, mesmo que percebam sua necessidade.

5.1.3 Condições intervenientes

Este componente é formado por quatro categorias que influenciam o fenômeno central no sentido de potencializar ou minimizar sua complexidade. A primeira categoria *Percebendo complementaridade entre confiança e a experiência/vivência para gerar vínculos* é composta pelas seguintes subcategorias: *Valorizando a experiência profissional prévia e a vivência na comunidade* e *Confiança estimulando o bom relacionamento entre profissionais e comunidade*. A segunda categoria *Contrastando a dependência do enfermeiro ao sistema e sua autonomia nas relações, interações e associações na ABS* é sustentada pelas subcategorias: *Relacionando liderança à supervisão tradicional* e *Revelando as relações de poder no exercício da liderança*. A terceira e última categoria *Limitações das condições de trabalho e da formação dos profissionais de saúde influenciando as diferentes demandas do enfermeiro* é constituída pelas subcategorias: *O cuidado direto do enfermeiro retroalimentando a atividade gerencial e de liderança* e *Estrutura física e gestão de pessoas repercutindo na liderança do enfermeiro*.

5.1.3.1 Percebendo a complementaridade entre confiança e a experiência/vivência para gerar vínculos

5.1.3.1.1 Valorizando a experiência profissional prévia e a vivência na comunidade

Nesta subcategoria, os enfermeiros vinculam sua experiência profissional, tanto no contexto hospitalar quanto na Atenção Básica, ao sucesso no exercício de liderança e manutenção de boas relações. Eles afirmam que sem tempo de prática profissional ou vivência junto à comunidade, os gestores podem apresentar dificuldades para entender as dificuldades dos profissionais da ponta e aplicar ações e estratégias pouco efetivas, como apresenta o depoimento:

A gente conhece, eu conheço várias pessoas, até na Secretaria de Estado, que são bons líderes, mas não tiveram a vivência da ponta, da atenção primária, do Município. Eles têm dificuldade em

exercer a liderança, em exercer o comando daquilo que eles precisam, porque falta o conhecimento de algum nível. Eu acho que se você consegue agregar, quando você tem um enfermeiro, por exemplo, que teve a oportunidade de participar de todos os processos do curso, que trabalhou na ponta, lá na unidade de saúde, exerceu algum tipo de liderança naquele local, teve a oportunidade de trabalhar na secretaria de saúde, na estância municipal, trabalhou no nível hospitalar, trabalhou vinculado em alguma área assistencial hospitalar, e hoje tem a oportunidade de exercer um papel de liderança no nível central, seria ótimo. Então, na verdade, eu vejo que foi fundamental pra eu entender como é a dinâmica lá da ponta; pra que nesse momento, eu tenha a capacidade de transformar aquilo que não funcionava na ponta naquela época que eu estava lá (P16).

Os participantes entendem que cada cenário de atuação profissional exigiu que o profissional fosse moldado à dinâmica de trabalho, às necessidades institucionais e do grupo de trabalhadores e usuários da saúde. Assim, a possibilidade de ter transitado em diversos setores, sejam hospitais, unidades básicas de saúde e de ensino, faz com que o profissional seja valorizado pelos demais como uma pessoa que pode contribuir com o grupo por possuir um conhecimento diferenciado, conforme ilustra a seguinte fala:

E foi o acaso do destino assim, eu fui trabalhar em uma tribo indígena, depois eu fui para gestão. Depois eu vim parar em uma UTI em um Hospital Geral na minha outra cidade. Depois sala de parto, quando eu fiz a residência em obstetrícia. Então, assim, eu fui me moldando; fui mudando e isso tudo foi me acrescentando. E foi me dando mais certeza de que eu queria trabalhar com saúde pública. [...] Ter passado por todas essas áreas hospitalares; ter passado pela pediatria; ter passado pela UTI neonatal, centro obstétrico, UTI geral, cardiológica, foi muito bom para a minha formação como enfermeira na saúde pública. Repensar o acesso que a gente tem aos nossos pacientes. O quanto a gente pode fazer; repensar

toda a estrutura e planejamento, as ações, todo o trabalho... Além disso, toda experiência é muito valorizada pela equipe de trabalho, pois minha fala não é vazia... (P8).

Outro aspecto ressaltado pelos participantes foi a importância do tempo de atuação na mesma comunidade. Reconheceu-se que os enfermeiros ou outros profissionais que conheciam profundamente os usuários de saúde e suas famílias exerciam liderança sobre a equipe. Isso porque os mesmos tornavam-se referência e apresentavam sugestões adequadas com o contexto familiar das pessoas envolvidas no problema identificado.

5.1.3.1.2 Confiança estimulando o bom relacionamento entre profissionais e comunidade

Nesta subcategoria, os participantes revelaram a relação entre a confiança e o bom relacionamento no exercício da liderança do enfermeiro. Para alcançarem o trabalho em equipe harmonioso, os enfermeiros coordenadores de equipe e/ou UBS procuram demonstrar que acreditam no sistema de saúde, no qual trabalham e atuam de forma mais próxima. Haja vista considerarem sua atividade tão importante quanto às dos demais. Ao transmitir esses valores, esses percebem o fortalecimento do espírito de equipe e a confiança no trabalho do colega. Como consequência, a unidade de saúde consegue oferecer um atendimento mais ágil e resolutivo.

Então, assim, a gente era sempre elogiado; chamados em reuniões. As unidades que apresentavam enfermeiros se sobressaiam nas metas; cumpriam as metas do Ministério; sempre éramos contempladas. A Secretaria fazia um agradecimento. E hoje, nessa gestão também, a gente tem muita perseverança e acredita no sistema de saúde e em cada ação empreendida. Nós escrevemos um trabalho de equipe no ano de 2009, apresentamos para o Estado e recebemos uma premiação. Então, nós recebemos um prêmio, por um trabalho escrito do punho. A gente fez uma pesquisa de estratégia de saúde da família e o trabalho foi premiado. Só que eu penso assim: eu sou a líder no momento, a coordenadora, mas o

trabalho é da equipe. Se a gente não estimular toda a equipe, eu não consigo fazer nada sozinha. Não tenho aquela coisa de eu sou a estrela maior. Não, eu acho que a gente tem que buscar o inter-relacionamento, a equipe, a comunidade, todas as nossas fortalezas (P10).

Segundo os participantes, todos os elementos supracitados estão interconectados, pois não existe vínculo entre usuários e profissionais sem compromisso da equipe para o alcance da satisfação do usuário e consolidação do SUS.

Considera-se também que a baixa rotatividade de profissionais pode favorecer a manutenção dos vínculos com a comunidade, pois há investimentos tanto em nível institucional para qualificação dos profissionais quanto em nível local, de acordo com do enfermeiro coordenador da equipe, para o compartilhamento do modelo de trabalho adotado.

Ah! A longitudinalidade dos profissionais... Porque se os profissionais não moram lá no continente, daí eles não vão embora. Só querem ir embora as pessoas que dependem do transporte coletivo, que moram muito longe. Então, a gente tem muita gente há muito tempo, tem médico que tá há cinco anos. Bastante gente, no mínimo dois anos, três anos. As pessoas não querem sair. Isso é uma coisa muito importante na atenção primária: ter o vínculo com as pessoas, conhecer a comunidade, a confiança apesar de a gente ter uma comunidade muito complexa. [...] Agora, nessa época de Natal, o posto tá lotado. As pessoas procuram a unidade porque confiam. Confiança gera elos; porteira de porta aberta gera isso. Isso é uma coisa muito diferente. Tem uma confiança muito grande entre a gente, os profissionais, sabe? Para um poder ajudar o outro quando o outro tá precisando do cuidado; para poder suportar essa carga grande de responsabilidade com os usuários que é gerada pelo vínculo e pela confiança, porque tá muito próximo, tudo conectado o tempo inteiro. Nada está isolado no atendimento ao ser humano (P13).

5.1.3.2 Contrastando a dependência do enfermeiro ao sistema e sua autonomia nas relações, interações e associações na ABS

5.1.3.2.1 Relacionando liderança à supervisão tradicional

Nesta subcategoria, os participantes refletem sobre a liderança do enfermeiro, uma vez que essa vai contra a ideia de protagonismo e coloca os membros da equipe de saúde em patamares diferentes. Esta noção relaciona-se ao fato de que, em algumas situações, ainda é realizada a supervisão tradicional do outro no exercício da liderança.

Denominada pelos participantes como liderança intermediária, esta forma de liderança caracteriza-se pela execução de ordens sem reflexão, na qual o enfermeiro coloca em prática as orientações das chefias e políticas públicas e realiza um intenso controle sobre os demais funcionários abaixo da sua linha hierárquica, como apresenta a fala:

Eu te digo o seguinte: outrora, os estudos apontaram que a enfermeira era um exímio controlador. O controle sempre foi muito forte. O enfermeiro estava para controlar tudo. Todos os estudos indicaram isso, que o enfermeiro era um exímio controlador. Nós éramos ótimos em controle, e esse controle nos tocava em frente, fazia a coisa andar bem dentro das instituições. Hoje ainda, o enfermeiro é um forte controlador. De maneira geral, ele controla tudo que acontece, só que esse perfil de controlador, ele era dentro de uma prática de liderança mais autoritária e hoje, dentro de uma condição em que as políticas dos sistemas de saúde tentem uma mudança. De maneira geral, os enfermeiros não participam das políticas de saúde. Isso é uma coisa bem clara. Nós somos executores! Nós estamos longe de sermos fortes articuladores e fortes lideranças em promover políticas de saúde. As políticas de saúde não estão para nós. Foram construídas por outros profissionais. Então, outrora, o enfermeiro tinha esse potencial forte de dominação, em cima, de obediência. Ele obedecia e era um bom chefe e aí ele tinha aquela compreensão de que o enfermeiro era o sanduíche, ou seja, ele era um bom líder; era aquele que sabia obedecer às políticas que

determinavam lá em cima, o que o diretor de hospital, o que a direção do sistema determinava e ele fazia cumprir isso com forte poder de controle. Então, a liderança dele era marcada por esse forte poder de controle, e ele era sempre o que melhor cumpria aquilo que o chefe de cima mandava. O diretor, enfim, o sistema, as políticas e fazia com que o povo da Enfermagem executasse, acontecesse. Isso foi bem marcante (P27).

Embora os participantes reforcem que lidar com gestão de pessoas seja muito difícil, percebem que os enfermeiros são reconhecidos pela sua imensa capacidade de colaboração. Entretanto, algumas vezes, limitam-se a ser ajudadores, dando suporte para todos os demais profissionais da equipe e ficam reféns da falta de novas ideias.

Ainda, segundo os participantes, hoje não existe diferenciação hierárquica para manipulação, desrespeito ou exploração. O movimento desses elementos ocorria historicamente da gerência para subalternos e agora se verifica uma contrarreação. Nesse sentido, algumas vezes, o enfermeiro encontra-se no meio dos grupos profissionais e de usuários. Atuam informalmente na gerência ou na coordenação das equipes com poder limitado, sem autonomia e com pouco impacto na qualidade do atendimento recebido pelo usuário de saúde, como descreve o depoimento a seguir:

Nós somos muito ainda de colaborar e não pensar como construtor realmente, como alguém que tem novas ideias. Então, a gente vê muitos enfermeiros com forte capacidade de colaboração. Eles são conhecidos como excelentes colaboradores, eles são ativos. A visão que deveria ser crítica-constructiva, ela ainda está refém da falta de boas ideias ou de exercício de prática de ter, de emitir novas ideias. [...] Eu só queria ainda complementar, na parte anterior, ainda é importante considerar que continua presente a exploração, isso eu queria deixar bem registrado, esse desrespeito, ao mesmo tempo, essa manipulação. Ao mesmo tempo, continua essa exploração no mundo de hoje. A gente convive com uma relação mais igual. A gente vê que a gente explora, mas, a gente também é bem explorado e não existe essa história tradicional

que se tinha daquela visão que o chefe explora o subalterno. Hoje, a gente é explorado também, pelos estudantes, pela equipe de trabalho, pelos subalternos, por todos aqueles que controlam ou se envolvem naquela relação, seja quem está em cima, seja lá quem está abaixo (P27).

5.1.3.2.2 Revelando relações de poder no exercício da liderança

Os participantes também revelam as relações de poder presentes na Atenção Básica, desde a unidade básica de saúde até ao nível central. Todos concordam que para a manutenção do status que o cargo de coordenador ou gerente traz consigo, alguns enfermeiros assumem estes postos de trabalho. Na esfera local, os participantes citaram que alguns enfermeiros centralizam as informações e conseqüentemente as decisões. Na tentativa de realizar um planejamento participativo, o nível central solicitou aos coordenadores de unidade básica de saúde que verificassem junto à sua equipe de saúde o interesse em aderir ou não a este processo. Em alguns casos, os coordenadores não consultaram a equipe e responderam negativamente. Logo, privaram os trabalhadores da tomada de decisão bem como da elaboração de um projeto conjunto. O depoimento de um enfermeiro do nível central elucidada este achado:

A gente chamou todos os coordenadores e um responsável por equipe para fazer o planejamento, porque a gente sabia que alguns coordenadores não levariam corretamente a informação, porque ele poderia ter medo, porque ele poderia ter medo de estar, porque isso acontece. Eles têm medo, medo de se expor, de não conseguir dar conta e acabam por se atrapalhar. Se eles conseguirem dividir isso com a equipe, fica uma liderança compartilhada, no sentido de que todo mundo consegue ajudar o coordenador. O coordenador não tem que ser Deus (P14).

Na esfera central, destacou-se a existência de uma disputa entre enfermeiros e médicos. Os participantes relatam que alguns médicos acreditam ser superiores na área da gestão, assim, geram-se atritos e obstáculos para o trabalho em equipe. Segundo os participantes, os enfermeiros reagem a esse comportamento e demonstram domínio sobre o assunto. Apresentam resultados e atualizam-se continuamente,

conforme apresentam as falas a seguir:

A diretoria de outro setor são todos médicos, e é uma rixa do cão! Mas assim, o que eu digo pra ti pra contribuir, o enfermeiro que sabe, ele tem que mostrar que sabe. Ele não pode se intimidar, principalmente na gestão, porque médico não tem formação nenhuma de gestão, quando ele tem naturalmente liderança, quando ele tem, têm pessoas que têm isso nato, é um dom (P16).

Outra coisa muito forte na gestão são as disputas de poder. Isso também; existe esse atravessamento. Além de haver esse perfil né, da prática de cada profissão, a gente também recebe outro atravessamento que são as disputas de poder muito fortes na gestão. A gente vê que com esse atravessamento do poder, e com o perfil predominante de algumas profissões, em especial a medicina, as tecnologias que acabam passando para prática são aquelas do grupo mais forte. E aí é que eu vejo a lacuna que a Enfermagem precisa ocupar melhor esses espaços de gestão também. E não só pensando a partir de um sentimento, um pensamento individualista de que a Enfermagem teria que estar liderando. Não é isso, mas é porque para atingir a comunidade efetivamente, precisamos dispor de vários tipos de tecnologias. Então, é leviano os profissionais ou a gestão pensar de forma unilateral. As tecnologias em saúde deveriam receber um investimento maior, como é o caso da educação em saúde, como é o caso de compartilhamento de informações. Mas, a gente vê que quando está na gestão, por bater de frente com alguns interesses... é... de poder, essas tecnologias não têm um grande investimento por não ser de interesse dos grupos dominantes (P17).

5.1.3.3 Limitações nas condições de trabalho e na formação dos profissionais de saúde influenciando as diferentes demandas do enfermeiro

5.1.3.3.1 O cuidado direto do enfermeiro retroalimentando a atividade gerencial e de liderança

Alguns participantes acreditam que o enfermeiro tem deixado em segundo plano suas atividades clínicas em detrimento das demandas gerenciais. Assim, esta subcategoria resgata a importância do cuidado direto do enfermeiro como um elemento que retroalimenta sua atividade gerencial. Inicialmente, os participantes destacam que a prática do cuidado faz com que o enfermeiro conheça a comunidade, reconheça problemas para além da dimensão biológica, seja identificado como uma referência no cuidado e valorizado na equipe de saúde por delimitar seu espaço de atuação, como declara o participante:

Bom, então, o papel do enfermeiro está bem claro na Estratégia da Saúde da Família e aí a primeira contradição é de que ele tem um papel vinculado à assistência em si, assistência de Enfermagem. Por outro lado, ele ainda continua com o mesmo papel de responsável por ações de Enfermagem de outros trabalhadores. São atividades complementares e que uma retroalimenta a outra com certeza (P25).

Entretanto, alguns participantes acreditam que os enfermeiros não possuem uma atuação clínica bem definida por dedicarem-se demasiadamente à dimensão gerencial. Pelo contrário, acreditam que essa atitude permite que o enfermeiro perca espaço e campo de atuação. Ainda, essa atuação pode ser vinculada à falta de interesse dos demais profissionais da equipe pelas questões administrativas e burocráticas ou por considerarem que atuar na coordenação conquistarão maior *status* e destaque ao profissional, como apresentam as falas:

Eu vejo um grande problema para a enfermagem, porque para saúde coletiva tradicionalmente as enfermeiras têm vergonha de assumir o seu papel de enfermeira. Ah! Está cuidando da casa, está cuidando de todos. Geralmente, o médico não quer fazer; se incomodar com a administração da unidade e joga para a enfermeira. Não quer resolver tal coisa, joga para a enfermeira. Todos os profissionais jogam para a enfermeira, que parece uma governanta. Então eu, sinceramente, não vejo muito mérito dessa questão de liderança da enfermeira quando ela está ali fazendo o papel de governanta. Nós perdemos o nosso espaço junto ao cliente. Isso repercute diretamente na

formação, quando a gente vai à unidade, quer marcar consulta de enfermagem, quer um espaço, quer uma sala e não consegue porque está tudo ocupado pelos outros profissionais, que ocupam a agenda, o espaço, a sala, o consultório, porque tem uma demanda. A enfermeira não cria demanda, porque ela está ocupada fazendo, apagando o fogo, fazendo a governança da casa, da unidade. (P26).

Tem quem assuma por status, porque embora seu trabalho dobre, algumas pessoas sentem essa relação de poder, que existe na verdade. As pessoas te valorizam mais, te ouvem mais, se referem a você de outra forma (P11).

Ser resolutivo nas questões do atendimento clínico ao paciente, eu acho que é uma coisa que às vezes a gente esquece um pouco (P8).

A maioria dos enfermeiros tem esse papel de liderança forte. Porém, muitos enfermeiros têm o problema frágil de condução técnica, de entrar e fazer uma consulta de enfermagem. A nossa produção é baixíssima, e aí não é só por conta que ele exerce o papel de liderança. Assim, a gente passou esses dois últimos anos com problema muito grande de Recursos Humanos ... Então, a enfermeira é desviada para atender balcão, para fazer vacina e isso cai a produção. Mas, não é só isso, a gente sabe que não é só isso. O enfermeiro tem um papel muito forte e claro com relação à organização, mas ele também tem que ter o papel técnico. Ele tem que ter o papel clínico. Está faltando nele, hoje, a questão clínica. Isso a gente falando do enfermeiro lá da equipe (P14).

No entanto, alguns participantes que atuam nas duas dimensões, são coordenadores e enfermeiros de equipe, afirmam que as atividades gerenciais consomem muito tempo, possuem muitas demandas burocráticas, sendo muito difícil atingir todas as metas, como esclarece o coordenador da UBS:

Na função de gerente, você é sobrecarregado com

inúmeras coisas, que é desde trocar uma lâmpada até todo o restante. Acaba não dando tempo de fazer tudo que nos solicitam, mesmo quando você trabalha exclusivamente como coordenador. Então, a gente se perde nesse sentido... Mas, a gente tenta fixar alguns parâmetros, algumas ideias... nem sempre é possível, mas na maioria das vezes tem sido bem sucedido (P11).

Por esse motivo, algumas vezes, os enfermeiros de equipe assumem demandas gerenciais ou parte dos usuários da área de abrangência do enfermeiro coordenador para auxiliá-lo a manter o bom funcionamento do serviço de saúde. Esta situação gera sobrecarga para os envolvidos. E exige que trabalhem além da carga horária formal, inclusive levando trabalho para casa, como elucidam os participantes:

O trabalho é exaustivo, a gente sempre trabalha além da carga horária, final de semana, trabalha feriado, trabalha noite, e para tentar dar conta de tudo que tem para trabalhar, a gente vai ter que se cuidar um pouco para não se passar. A gente já tá tendo alguns prejuízos em relação à vida pessoal, até porque eu tenho uma filha pequena. Então, tenho que tomar um pouco de cuidado com isso (P14).

Eu acredito que a intenção seja ser um coordenador específico. Seria ideal. Porque mesmo que seja uma equipe pequena, é muito trabalho que a gente tem. Eu estou sempre sobrecarregada. Eu levo alguma coisa para casa. Geralmente, eu chego mais cedo que todos e saio depois. Levo uma coisa para casa para resolver. Levo principalmente em época de reunião, o planejamento, para mudar alguma coisa e trazer algum incentivo (P8).

5.1.3.3.2 Estrutura física e gestão de pessoas repercutindo na liderança do enfermeiro

Os participantes relataram que as UBS estão sendo revitalizadas no município de Florianópolis. Muitas delas passaram por reformas, ampliação ou construção de novas sedes, uma vez que não apresentavam

estrutura física adequada. Por conta deste processo de mudança, os participantes conseguiram avaliar que se potencializou o trabalho o enfermeiro nas UBS revitalizadas. Vale ressaltar que possuíam espaços específicos para sala de vacina e curativos bem como número de consultórios adequados para a nova realidade do município. A exemplo, foi citado que em algumas UBS não havia consultório de enfermagem e nem sala de acolhimento. Isso prejudica de forma significativa o atendimento, geram-se filas e descredibilidade no serviço.

Mesmo que algumas unidades tenham sido reformadas e ampliadas, outras não contam com um espaço mais amplo para reuniões de equipe. Esses encontros ocorrem nos consultórios, sem cadeiras suficientes para os presentes, sem materiais adequados para apresentação e discussão coletiva. Esta situação faz com que se reduza o rendimento dos encontros. Prejudica tanto a participação como o interesse nas atividades propostas.

Uma coisa que me incomoda muito, por exemplo, é a questão de falta de estrutura e material da unidade. E isso depende de outras pessoas e não depende só do Distrito. Depende da Secretaria, das verbas... Isso é a parte que mais dificulta! Falta de profissionais, estrutura física. Nossos encontros são prejudicados. Ficamos apertados em algum consultório... Isso desmotiva um pouco (P8).

Outro desafio importante para os enfermeiros é a gestão de pessoas, tendo em vista a dificuldade de se trabalhar com equipes incompletas. A falta de pessoal está relacionada à restrição da contratação, às licenças de saúde e à rotatividade dentro da própria instituição. Como o vínculo inicial com o funcionário é por concurso público ou processo seletivo, muitos profissionais solicitam mudança de local de trabalho para facilitar o deslocamento entre a casa e o trabalho ou se desligam da instituição por encontrarem outras oportunidades de emprego.

As repercussões da falta de pessoal na unidade básica de saúde fazem com que o enfermeiro assuma demandas de outros profissionais visando atender às principais necessidades dos usuários. Isso gera uma mobilidade com repercussões negativas para o trabalho do enfermeiro.

Participantes afirmam que a mobilidade faz com que o enfermeiro responsabilize-se por ações fora do seu campo de atuação

direta; desloca sua atenção do foco assistencial; desprestigia sua atuação clínica e fixação como coordenador do cuidado entre os níveis de atenção. Ainda, é reforçado por alguns participantes, que o enfermeiro explora pouco seu principal instrumento de atividade na ABS, a consulta de enfermagem.

Eu vejo que as enfermeiras da atenção básica, comparando com outros profissionais, elas exercem até mais liderança, digamos assim. Ela (a enfermeira) é mais móvel. Ela é requerida pras atividades, para governar a casa. Eu acho que a enfermagem, as enfermeiras, elas têm que se dedicar mais e cuidar do mais amplo, do que cuidar do seu técnico. A gente tem acompanhando com bastante dificuldade a questão da consulta de enfermagem. A questão de assumir lá na frente do paciente na unidade de saúde, de avaliar um curativo, por exemplo, um curativo na atenção básica que é curativo de idade média. [...] Eu acho que as enfermeiras estão mais na gestão e muito pouco junto ao paciente. Perdemos muito espaço para os outros profissionais. Uma vez uma dentista falou isso: a enfermeira é móvel e nós somos estáticos, porque o dentista, o médico, ele vai lá atende ao seu paciente no seu consultório, e os enfermeiros ficam apagando incêndio dentro da unidade (P26).

Evidencia-se também a diferença no relacionamento profissional quando os profissionais possuem uma orientação mais assistencialista ou de promoção da saúde. Os participantes afirmam que de modo geral os trabalhadores das UBS ainda atuam com uma abordagem curativista e individual, sendo desfavorável ao trabalho interdisciplinar e à manutenção do compromisso com os pressupostos da saúde pública.

Os participantes relatam que foi muito fácil e prazeroso trabalhar com profissionais médicos e dentistas com orientação voltada para o trabalho multiprofissional, pois as discussões de caso eram muito ricas e oportunizavam um atendimento mais ágil.

Entretanto, os participantes percebem que a Estratégia Saúde da Família está longe do ideal, pois os profissionais têm ferramentas, mas mantêm a rotina de atendimento clínico tradicional. Embora muitos profissionais tenham capacidade de liderança e de articulação de grupos, focam sua atividade no atendimento individual, deixando de lado ações

coletivas ou mesmo intrafamiliares, como apresenta a fala a seguir:

Eu vejo ainda, aqui no município é uma coisa diferenciada de outros, outras experiências. Não é o ideal, entre o ideal e o real tem uma distância. Mas, eu acho que ainda se faz muito de pouco; tem muita ferramenta na mão, tu está ali com a comunidade. O pessoal da Estratégia de Saúde da Família ainda quer ficar dentro dos consultórios, sabe. Então eu vejo assim, que ainda precisa caminhar um pouquinho para as pessoas amadurecerem, capacitarem, porque muitos têm especialização de PSF, mas é só o teórico. Parece que a pessoa não vê o mundo da prática, o que é a Estratégia de Saúde da Família sabe, é muito teórico ainda. A gente vê que as pessoas querem ficar dentro do consultório, dentro do modelo tradicional ainda, sabe? Apesar de saberem, mas é mais cômodo ficar dentro de um consultório do que sair na comunidade; ir atrás, fazer busca ativa. Mas, eu acho que ainda precisa melhorar muito, e nisso nós no município somos privilegiados comparando-se com outros municípios, ainda se faz muito de conta. (P7).

Segundo os participantes, parte dos problemas apresentados na subcategoria tem relação com a formação do profissional durante o ensino superior e na educação continuada no serviço. Os participantes percebem que, embora os currículos tenham se atualizado e se aproximado dos conteúdos relacionados ao Sistema Único de Saúde e da Saúde Pública, ainda existem vazios relacionados às novas ferramentas de cogestão e de humanização, conforme esclarece o depoimento:

Agora do ponto de vista gerencial, eu, ultimamente, tenho me questionado se a gente não está preparando adequadamente as pessoas pra atenção básica. E se a gente não está copiando o modelo da gestão hospitalar pra atenção básica que não cabe mais que já se configurou de outra maneira. O modelo assistencial que o SUS preconiza, que o SUS adotou, e que ali eu ainda acho que ele tem que encontrar seu papel; se ele é o gestor, então a gente tem que trabalhar com ele as ferramentas pra ele co-gerir e isso a gente

não vê ainda no currículo, por exemplo, onde que ele estuda a humanização? Não tem no currículo (P25).

Verifica-se que mesmo a educação continuada no serviço é muito teórica e não instrumentaliza os profissionais para fazerem o diferente ou conseguirem superar os problemas identificados em relação ao acolhimento, controle social e participação efetiva da equipe no planejamento das ações e gestão do serviço.

5.1.4 Estratégias

As estratégias implementadas pelos enfermeiros no exercício de liderança na ABS são apresentadas em três categorias. A primeira categoria *Aprimorando a prática da liderança através do planejamento e do apoio do gestor* e suas subcategorias: *Considerando o planejamento uma ferramenta em construção* e *Buscando o apoio do gestor superior*.

A segunda categoria *Utilizando a comunicação como instrumento que confere dinamicidade às inter-relações entre enfermeiro, equipe e comunidade* é formada pelas subcategorias: *Dialogando para lidar com conflitos e facilitar o acesso* e *Utilizando as tecnologias comunicacionais para potencializar a comunicação*. *Aperfeiçoando aptidões e potenciais individuais e de equipe* é a terceira categoria e é composta por *Formação complementar potencializando a qualificação do serviço* e *Inserindo-se na equipe e investindo na auto-organização do grupo*.

5.1.4.1 Aprimorando a prática da liderança através do planejamento e do apoio do gestor

5.1.4.1.1 Considerando o planejamento uma ferramenta em construção

Nesta subcategoria, é evidenciada a importância do planejamento como uma ferramenta em construção e sua relação em nível local, ou seja, na unidade básica de saúde, bem como em nível institucional.

Na esfera institucional, após a implantação de um planejamento institucional sem consultores externos, o que exigiu envolvimento do grupo gestor e participação de todos os departamentos. Alcançou-se com isto um diálogo mais frequente e o desenvolvimento de metas

elaboradas conjuntamente, como apresenta a seguinte fala:

Eu comecei a fazer um movimento de chamar os diretores nas reuniões; fazer uma proposta de construção de programação de saúde conjunto, pois não se utilizava o plano municipal de saúde. [...] Aí a gente começou um movimento, que não era com consultores externos, porque éramos nós. Então, começamos a chamar as pessoas e construir junto, e assim a gente fez com o plano municipal de saúde, e a gente fez com as programações em 2010 com unidades-piloto. A gente chamou cinco unidades de saúde para ser piloto, para ver se funcionava... Daí para frente, começamos a mobilizar uma rede inteira (P14).

De acordo com o nível central, o planejamento foi difundido de forma progressiva para as UBS, considerando suas peculiaridades e especificidades. Os coordenadores das unidades básicas foram selecionados para ser responsáveis por mobilizar os trabalhadores e verificar o interesse dos mesmos em desenvolver suas metas e traçar as formas de alcance dos resultados. Para reforçar a integração da equipe, um dos trabalhadores da unidade básica de saúde foi incluído em todo o processo de comunicação entre nível central e unidade e tornar o processo mais participativo e o diálogo mais aberto e efetivo, como esclarece o participante:

Nosso planejamento interno já acontecia antes do planejamento da Secretaria, nos reuníamos e distribuíamos atividades. O que foi interessante, é que agora temos um representante da Unidade para também responder pelo planejamento além do coordenador. Isso amplia a participação e transfere mais responsabilidade para o grupo. Com a participação do outro funcionário, as solicitações não vêm somente da coordenação... vem de um colega da equipe... e a aceitação é maior. Sempre trabalhamos em equipe e não tínhamos resistências... Mas, considero positiva esta inserção (P6).

Destaca-se a participação efetiva dos enfermeiros no processo de planejamento das ações das equipes de saúde. Embora estivesse à frente

de muitas ações, busca-se o envolvimento de todos e compartilhar as vitórias alcançadas com essa ferramenta, como descrevem os depoimentos:

O planejamento transforma isso [práticas de liderança], como ter um objetivo, motivação, e outros, numa coisa com visibilidade e vai poder mensurar, avaliar. Não como uma camisa de força, mas, um guia. Acho que o segredo é que a equipe precisa ter uma estrela guia, a qual não é o líder do grupo, mas é aonde se quer chegar. (P28).

É... quando eu comecei a trabalhar na unidade de saúde, embora estivesse super atarefada, quem puxava o planejamento era eu [enfermeira]. Se deixasse, o médico não participava. Sempre incentivava o grupo; não obrigava a fechar a agenda... solicitava e explicava a importância daquele encontro. Tentava sensibilizar e querer fazer parte e isso foi melhorando aos pouquinhos. Acho que apresentar nossos resultados, nossas conquistas era o melhor retorno, o maior incentivo para continuidade (P12).

5.1.4.1.2 Buscando apoio do gestor superior

Nesta subcategoria, os participantes reforçam que o apoio do gestor é fundamental para realização das atividades identificadas. Os enfermeiros enfatizam sua preocupação em tornar o coordenador da unidade ou seus superiores sensíveis às necessidades tanto dos usuários como dos trabalhadores de saúde com base nos dados do planejamento e avaliação realizados periodicamente.

Acho que tem que ter aqui uma comissão de planejamento. Mas, para realizar qualquer coisa, a coordenadora tem que estar sensível à causa, porque se o coordenador não quiser, a coisa não acontece. Sempre que identificamos a necessidade, conversamos com ela, mostramos a importância... Por isso, trabalhar em comissão e as ações serem decididas em ... conjunto parece ser uma saída. Porque hoje, para que se implementem

mudanças, temos que conquistar diversos superiores: a coordenadora, pessoal do distrito, nível central, secretário e por aí vai (P1).

Revelam ainda que, atualmente, os participantes contam com gestores que reconhecem a boa atuação do enfermeiro, tanto nas atividades assistenciais quanto nas atividades administrativas. Isso traz como repercussão a motivação para o trabalho e consequente valorização profissional.

A cada ano que passa, vai ficando um pouco mais fácil, porque a valorização já é outra... Quando a gente chega com alguma coisa, eles já olham assustados e os outros dizem: - calma é possível fazer! Então a valorização que os enfermeiros têm aqui dentro, eu acho que é grande... Um grande ponto de valorização começa quando o Secretário valorizou o salário dos enfermeiros. As outras coisas vêm juntas: o desenvolvimento, a estrutura, a questão da educação permanente, tudo isso veio. Sem contar que muitos cargos de confiança, as diretorias e gerências são ocupados por enfermeiros (P14).

5.1.4.2 Utilizando a comunicação como instrumento que confere dinamicidade às inter-relações entre enfermeiro, equipe e comunidade

5.1.4.2.1 Dialogando para lidar com conflitos e facilitar o acesso

O diálogo é indicado como estratégia de liderança para a construção de um objetivo comum, *feedback* e motivação. Os participantes revelam que o diálogo eficaz traz dinamicidade para a liderança por permitir trocas constantes entre os indivíduos envolvidos.

É a base de tudo, base de todos os serviços ter uma boa comunicação. Seja com os pacientes, seja com você [pesquisadora], seja com funcionários, com quem for. Mas, ao mesmo tempo que ela traz clareza, pode potencializar conflitos... Então... é a base de tudo, de todo movimento de informação da unidade (P9).

Destaca-se que o diálogo acontece através da comunicação

formal e informal. A primeira ocorre a partir dos momentos de reuniões formais, com a elaboração de atas ou memorandos. Inclui-se ainda toda a informação divulgada por meio de documentos, seja com a comunidade ou com os profissionais.

Nesse sentido, muitos enfermeiros que lideram equipes de saúde e coordenam UBS dispensam especial atenção para que o público alvo da comunicação confirme ciência do conteúdo. Ou seja, a informação é disponibilizada e o *feedback* é realizado pela coleta de assinaturas e questionamento do que foi explicado, dependendo da quantidade de pessoas envolvidas, como descreve a fala do enfermeiro:

Mas eu recebo uma comunicação interna na unidade. Eu já costumo deixar toda equipe informada dos comunicados que recebo. Às vezes, quando é só para o enfermeiro, eu coloco na minha agenda e até coloco no mural, sem um grande compromisso de que todos da unidade ficaram sabendo. Mas, se é para todos, faço todos lerem e colocar um ciente no papel. Então é importante, porque depois diz que não sabia (P2).

Já a comunicação informal foi evidenciada pelos participantes como um meio de tornar o trabalho e as ações de saúde mais efetivas e ágeis. Quando as reuniões formais não podem ser realizadas com os agentes comunitários de saúde, por exemplo, muitas informações são trocadas no início ou no final do turno de trabalho. As possibilidades de articular um plano de cuidado ou solicitar suporte de outro profissional durante uma consulta e outra, sem agendamento prévio, ampliam as possibilidades de tornar o cuidado integrado e o acesso facilitado, como ilustra a seguinte fala:

No dia-a-dia do trabalho, a gente verifica as dificuldades e ali mesmo vai conversando para ajustar. Quando a atividade vai ter repercussão na equipe toda, a gente aguarda a reunião de equipe. Enquanto isso a gente vai debatendo, vendo as hipóteses, as possibilidades, os prós e os contras. Então, a gente levanta muita coisa entre as consultas, no final do dia quando o movimento diminui... Têm coisas que são decididas na reunião, mas foi toda discutida na copa, por exemplo. Porque aqui na unidade as coisas acontecem bem informalmente (P2).

Nesse sentido, o diálogo potencializa o gerenciamento dos conflitos e envolve os usuários, trabalhadores e gestores. Segundo os participantes, os enfermeiros líderes são capazes de promover o diálogo, tornar as pessoas confortáveis para exporem seu ponto de vista e permitir a geração de consensos ou compartilhamento da decisão, como apresenta o participante:

Eu acho que o importante é o diálogo direto e não esse negócio de mensagem. Para o diálogo, eu acho que precisa ter na relação; precisa ter objetivos comuns. [...] Agora, o diálogo é fundamental, também para motivação e para feedback, não é mesmo? Então, através dele as pessoas se sentem parte do processo para a construção de objetivos a serem perseguidos e permanentemente ajustados (P28).

5.1.4.2.2 Utilizando as tecnologias comunicacionais para potencializar a comunicação

Para os participantes, os sistemas de informação disponibilizados no serviço e saúde facilitam a descentralização dos dados entre os profissionais, tanto dos usuários de saúde quanto da comunidade, conforme descreve o depoimento:

O nosso sistema aqui é informatizado, então isso facilita muito meu trabalho que é a avaliação. Os relatórios eu já tiro todos condensados. Isso é um fator muito importante que em outros lugares a gente não tem essa realidade. Ainda, eu acho que esta sim é uma conquista muito importante, é o acesso ao prontuário do paciente pela equipe multiprofissional para a geração de condutas, otimização de tempo e tudo mais... (P9).

Algumas equipes de saúde criaram outras ferramentas para se comunicar com os usuários. Um exemplo é o e-mail da equipe de saúde para marcação de consulta, esclarecimento de dúvidas e ouvidoria. Entre a equipe, os participantes revelam que o uso de ferramentas de contato instantâneo via internet tem facilitado a solicitação de suporte, esclarecimento de dúvida em relação às condutas clínicas e administrativas, como apresentam as falas:

Tentamos estimular o acesso através de uma ferramenta que é uma novidade para a gente também, o e-mail da equipe. Mas não só para equipe, para os usuários também. O usuário que queira marcar uma consulta, ou tem uma dúvida, pode mandar um e-mail que eu respondo ou a técnica de enfermagem responde. Geralmente, é marcação de consultas médica, de enfermagem, preventivo e avaliação do tabagismo. Iniciamos com a confecção de convites e daí as agentes distribuíram nas suas casas para não ter divulgação para outras áreas. Então, esse serviço é oferecido somente para minha área. Vejo que pode ser uma ferramenta interessante para as outras áreas e unidades de saúde (P6).

Eu não tenho muitas dificuldades. A equipe é muito grande. Assim, é muita gente, acho que essa é a principal dificuldade. É muita gente, e para avisar todos de determinado assunto, decisão, ou novidade, utilizamos o Googletalk[®] em todos os computadores, todas as áreas têm e-mail. Todas as áreas têm celulares para o agendamento de consultas. Ainda, temos apresentação de vídeos educativos sobre os serviços da unidade, como eles podem ser acessados, e educação em saúde (P13).

5.1.4.3 Aperfeiçoando aptidões e potenciais individuais e de equipe

5.1.4.3.1 Formação complementar potencializando a qualificação do serviço

Os participantes percebem que o embasamento teórico e prático fornecido pelos cursos de pós-graduação em Gestão em Saúde e em Saúde Pública ou Residência em Saúde da Família proporcionou a qualificação da equipe profissional e encorajou muitos enfermeiros a assumirem cargos de liderança na Secretaria Municipal de Saúde ou os instrumentalizou durante seu exercício como coordenador de unidade de saúde, por exemplo.

Revela-se que pela ampla gama de atuações do enfermeiro, é necessária a busca de complementação teórica e muitos participantes que se sentiram líderes com ampliação dos conhecimentos e domínio

das questões práticas em saúde pela conclusão de cursos de especialização e mestrado, como elucidam os depoimentos a seguir:

Cabe salientar também que atualmente na Unidade de Saúde, a gente tem alguns méritos. Todos exercem algum poder de influência de liderança bem importante, pois são pessoas com formação específica em saúde da família, com residência. É bem clara a diferença de quem tem alguma formação e quem não tem. Porque as atitudes, o comportamento, os raciocínios, um desenvolvimento do seu papel são muito diferentes daquele que não tem (P11).

Percebo que sempre tive a característica de líder comigo, mas depois que eu vim para prática, o mestrado me fortaleceu muito. O fato de ter que estudar, aperfeiçoar os conhecimentos, ver que com a pesquisa podemos implementar mudanças e apresentar para os pares o que traz benefício ou não... me instrumentalizou (P10).

5.1.4.3.2 Inserindo-se na equipe e investindo na auto-organização do grupo

Nesta subcategoria, os participantes revelam que se utilizaram da humildade e do diálogo para se inserirem nas equipes de saúde, pois, inicialmente, sempre há uma resistência ao novo funcionário. Perceberam que conforme as pessoas iam se conhecendo, fluía a interação e sua contribuição no serviço de saúde aumentava, como relata o enfermeiro:

No início, eles tinham um semblante muito sisudo, um papo muito profissional e nós não somos máquinas. Claro, a gente tem que trabalhar profissionalmente, tem que ter ética no trabalho, disciplina, mas a gente não consegue trabalhar feito um robzinho. Então, no início era um semblante mais sisudo. As perguntas eram totalmente dirigidas ao trabalho, à questão técnica. Queriam me ensinar tudo, mesmo eu tendo experiência. Mas, foi com o tempo, minha humildade na fala, na aceitação das orientações e

na forma de pedir determinados trabalhos fez com que me vissem como alguém da equipe. Sempre tive um diálogo aberto e franco (P2).

No que tange ao trabalho em equipe, os participantes afirmam que investem em ações que oportunizem a auto-organização do grupo. Para tanto, aproveitam as políticas de saúde como indutoras do trabalho coletivo, mesmo que elas estejam mais avançadas que a prática. A busca pela humanização do cuidado e os instrumentos de cogestão preveem a participação dos profissionais e possuem um grande potencial de torná-la efetiva.

Não adianta ter uma gestão colegiada se todas as pessoas não compreendem isso muito profundamente. Eu acho que a estratégia principal que ela faz parte do cotidiano, é lembrar todos os dias, todos os segundos que todas as pessoas têm responsabilidades. E isso que tá fazendo a diferença ao longo dos tempos porque as pessoas não lembram das suas responsabilidades e se não tiver alguém para tá lembrando isso o tempo inteiro, a gestão colegiada também não funciona. Então é tudo muito bem organizado, muito bem amarrado. Existem tarefas definidas, responsabilidades definidas. E isso é cobrado por todos, porque para esse processo de trabalho funcionar tão bem, que a gente acha que funciona muito bem, não pode ter falha, e se alguém falha o outro corrige. Isso é a segunda coisa importante, todos têm responsabilidades (P13).

Ainda, segundo os participantes, os enfermeiros possuem facilidade para integrar os profissionais, estimular o trabalho em equipe e a responsabilidade individual para promover um trabalho focado nas metas comuns e um clima harmonioso.

Aqui na UBS, essa divisão de tarefas exige que todos os profissionais exerçam o papel de liderança. [...] Os médicos, os enfermeiros e os dentistas têm compartilhado o exercício da cogestão com suas equipes das suas áreas de abrangência. Mas, acho que é o enfermeiro que se destaca entre os demais profissionais nas práticas

de liderança, pois ele chama muitas responsabilidades para si. [...] Nós [coordenador e enfermeiro de equipe] dividimos muitas responsabilidades... Quando a equipe não consegue mais resolver o problema, já utilizou todas as estratégias que eram possíveis e viáveis, daí eles vêm compartilhar isso comigo, já que respondo pela unidade (P13).

Ah, eu acho que já evoluiu bastante em relação ao amadurecimento... há coisas que hoje eu faço e percebo o reflexo na equipe. Eu aprendi que quando você tem vontade de fazer alguma coisa e acredita nela... é contagiante. Assim, motivo minha equipe quando sinto necessidade de planejar uma ação... Logo, eu começo a trabalhar, comentar sobre o assunto, questionar as pessoas e peço colaboração. Quando eu vejo já está todo mundo pegando junto. Eu acho que é bem gratificante (P4).

Os participantes revelam que trabalhar com a equipe desmotivada é muito difícil, pois interfere no clima organizacional, geram-se repercussões no desempenho dos profissionais e insatisfação do usuário.

Alguns participantes afirmam que a motivação é uma via de dois fluxos, na qual o enfermeiro líder motiva a equipe, mas recebe estímulo em troca. Nesta lógica, os participantes acreditam que todos são responsáveis por motivarem a si mesmo e aos demais membros da equipe, embora reconheçam no enfermeiro a principal fonte de motivação.

Eu me sinto responsável para motivar o grupo. Entretanto, a motivação tem que partir da equipe mesmo, de todo mundo. E não somente de mim, porque eu sou a responsável pela coordenação da Unidade de Saúde. Sabe, eu não conseguiria motivar ninguém sozinha se eles não se motivassem. Então, tem que ser uma troca, porque nós estamos todos juntos, né? (P10).

Nesse sentido, a motivação é uma estratégia importante para sensibilizar a equipe, embora os participantes considerem muito difícil manter a equipe motivada. Os enfermeiros acreditam que seja normal a

variação no padrão de motivação da equipe, considerando necessários estímulos constantes. Capacitações sobre os temas de interesse dos trabalhadores, reuniões dinâmicas, elogios e confraternizações são utilizadas pelos enfermeiros para motivar os funcionários.

5.1.5 Consequências

Na categoria *Enfermeiros estimulando a liderança em contraposição ao individualismo, como um caminho para ampliação da autonomia e da visibilidade para profissão* e suas subcategorias: *Sendo um bom líder ao trabalhar com um time de líderes* e *Vislumbrando a organização dos enfermeiros para o desenvolvimento de lideranças como um desafio para a profissão*, evidenciam-se as consequências do fenômeno central. Nela os participantes revelam que estimulam a liderança nos diversos profissionais da equipe de saúde, ampliam o compartilhamento da tomada de decisão e de responsabilidades para o alcance de metas comuns.

5.1.5.1 Enfermeiros estimulando a liderança em contraposição ao individualismo, como um caminho para ampliação da autonomia e da visibilidade para profissão

5.1.5.1.1 Sendo um bom líder ao trabalhar com um time de líderes

Os participantes afirmam que o desafio de tornar as relações mais horizontais na gestão em saúde será alcançado com atitudes tomadas pelos enfermeiros da ABS, ou seja, atuar com humildade, sempre disposto a aprender com qualquer pessoa e desenhar novas lideranças na equipe de saúde.

Em muitas unidades de saúde, os participantes perceberam que há o compartilhamento da tomada de decisão, de liderança para o alcance de metas/objetivos específicos e preparação para delegação de atividades de suporte para coordenação.

Os participantes percebem que a descentralização das atividades torna a equipe mais integrada; oportunizam-se espaços de colaboração entre pares e de satisfação pessoal. Assim, vislumbra-se que um bom líder desenha novas lideranças, ou seja, ao invés de possuir liderados, trabalha com time de líderes, como pode ser observado na fala a seguir:

Com o passar dos anos, com a introdução da Estratégia de Saúde da Família, a equipe foi

empoderada. Então, a realização de uma campanha de vacinação, por exemplo, não é responsabilidade da enfermagem, é responsabilidade da equipe. [...] Essa mudança não é para pior e a Enfermagem não vai perder o espaço. Está mudando para melhor, ontem mesmo a dentista recebeu uma ligação, e a pessoa que estava na linha elogiou: ‘Eu ligo para os postos, faço uma pergunta que antes só o coordenador poderia responder e agora toda a equipe está ciente sobre o encaminhamento’. Este é um retrato de que hoje nós trabalhamos em equipe. A assistência não está mais centrada em uma figurinha, mas sim na equipe. E esse movimento tem a contribuição dos enfermeiros, que são líderes de equipe e coordenadores dos postos de saúde, pois contribuem para o compartilhamento de informação e tomada de decisão. Que preferem empoderar tanto a equipe como os profissionais de saúde em detrimento de uma prática corporativista e isolada. Isso eu acho muito bonito (P10).

Nesse sentido, os participantes preocupam-se com a manutenção das atividades, apesar da rotatividade dos funcionários e troca de governos. Uma vez que o grupo de trabalhadores esteja preparado para dar continuidade aos projetos na ausência do coordenador ou gerente, o serviço de saúde e a comunidade só têm a ganhar. Assim, o foco do bom líder não é somente trazer o novo e implantar novas ações. Sua intenção prevê a consolidação de práticas que possam ser adaptadas para manterem-se úteis nos diversos cenários e períodos. Para tanto, o enfermeiro líder deve sempre dosar em sua atuação diária e resgatar com os demais trabalhadores o estímulo para liderança, o compromisso e a responsabilidade com o resultado coletivo.

Então, liderança é construir novos líderes. Eu acho que essa é a definição de ser líder. Quem é centralizador não é líder, ele só quer deter o poder. Se me derem um trabalho de estruturar e coordenar, meu foco vai ser deixar uma estrutura pronta onde as pessoas possam andar sozinhas. Estruturar cada setor; estimular cada funcionário para exercício de liderança e responsabilidade (P6).

Bem, eu acho que o maior problema é esse mesmo: fazer essa ponte entre a comunidade e a equipe. Porque quando não se tem uma equipe completa, quando tem um problema na equipe, a gente não consegue trabalhar, em geral, com a comunidade. Então, é complicado tu conseguir lidar com isso. E é como eu falei antes, a questão de não está inteiramente só na coordenação para conseguir lidar melhor com isso, é difícil! Mas, eu acho que a minha maior preocupação é isso, poder ter um bom atendimento para a comunidade, com o diagnóstico todo para poder promover cada vez mais promoção e manter um bom ambiente de trabalho (P8).

5.1.5.1.2 Vislumbrando a organização dos enfermeiros para o desenvolvimento de lideranças como um desafio para a profissão

Os participantes consideram necessária a organização nacional dos enfermeiros, um programa de capacitação de liderança, para que se reflitam os problemas da prática. Desta forma, poder-se-á elaborar instrumentos para que o enfermeiro não seja coibido pelas instituições e será lançado o desafio para a composição de equipes altamente qualificadas de enfermagem da Atenção Básica, com domínio de questões específicas desse cenário, com destaque para a sistematização da assistência de enfermagem:

Gostaria de saber onde está a organização das enfermeiras da Atenção Básica ou enfermeiras da Saúde da Família? Temos que trabalhar em organizações, no coletivo. Estamos fadadas à morte com o isolamento. Temos que trabalhar a liderança do ponto de vista empreendedor e social na enfermagem. E na Atenção Básica, quais ferramentas e instrumentos podem ser usados, criados? Quais nossas lacunas? Onde está a sistematização da assistência com foco na Atenção Básica? Temos que discutir. Já iniciamos algumas discussões aqui, mas temos que avançar do pequeno grupo para toda a rede (P15).

São indicados como importantes suportes uma atuação mais

próxima dos órgãos de classe, tendo em vista sua capacidade em identificar sujeitos e instituições bem como seu amparo legal e formal para o alcance desta articulação. Ainda, a educação permanente é entendida como recurso para ampliar as possibilidades de compreensão e orientação sobre o exercício da liderança considerando as especificidades de cada serviço.

Os enfermeiros são considerados pelos participantes com um grande potencial para liderança e muitas vezes não têm consciência de sua força. Assim, entende-se que esses devem buscar atuar como representantes nos mais diversos setores e avançar na construção de uma nova realidade, na qual o enfermeiro atua com autonomia e visibilidade, como ilustra a fala:

Gostaria de fazer um balanço histórico da Enfermagem: a gente vê que a Enfermagem tem um déficit de liderança grande, porque a gente tem uma grande importância no resultado do trabalho, mas tem pouca valorização, pouca viabilidade, pouca união, também o nível de união é baixo, então o nível de compromisso coletivo é baixo. Eu até acho que a gente deveria ter umas novas 'Flores' na Enfermagem, é a minha expectativa. A Florence foi uma grande liderança; pode discordar disso e daquilo, mas ela foi uma grande liderança em saúde, e na época não só fundou a Enfermagem, mas ela era uma liderança respeitável em saúde em vários lugares do mundo. A minha expectativa é transformar a liderança em uma agenda permanente da Enfermagem. Criar cursos específicos de capacitação de liderança avançada em todo Brasil, criar ferramentas para liderança (P28).

Para tanto, os participantes destacam a importância dos enfermeiros realmente gostarem de atuar na profissão para fortalecerem suas entidades de classe. Somente através deste fortalecimento a profissão poderá avançar coletivamente; refletir na atuação dos enfermeiros já inseridos no mercado de trabalho e na formação de futuros líderes para a enfermagem.

5.2 MODELO TEÓRICO

Após a apresentação detalhada dos cinco componentes do modelo paradigmático, apresenta-se a seguir a descrição da categoria central ou fenômeno que emergiu da integração das categorias e suas relações, ou seja, o modelo teórico: revelação das práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica à Saúde.

5.2.1 A categoria central ou fenômeno: revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica à Saúde

A categoria central emerge da dinâmica inter-relação entre as demais categorias. A ABS, como contexto complexo, propõe ao enfermeiro um movimento, uma dinâmica de trabalho muito peculiar, baseada na prática multiprofissional, com relações e interações visando à interdisciplinaridade. Embora, existam iniciativas de cogestão nas UBS, o enfermeiro é ‘convidado’ a liderar.

A liderança é o processo interativo que envolve múltiplas relações para tecer as redes de cuidar, organizar e gerir as equipes de trabalhadores e serviços de saúde. No movimento de liderar, o enfermeiro promove o protagonismo ao ser reconhecido como colaborador, exímio integrador e mediador entre comunidade e serviço de saúde, diante de um complexo sistema auto-eco-organizador.

Seja por características pessoais ou por estímulo do curso da formação, esse profissional também assume a liderança na ABS por possuir uma mobilidade maior dentro do serviço. Embora os enfermeiros acreditem que realizar o cuidado direto ao usuário retroalimente sua atuação como coordenador da UBS, ou seja, um importante suporte para o trabalho enquanto gerente ou diretor em nível central, verifica-se que sua mobilidade esteja vinculada ao seu distanciamento da atuação clínica. Acrescenta-se, neste tocante, grande preocupação dos entrevistados, uma vez que por falta de funcionários, o enfermeiro se sobrecarrega com atividades diversas e deixa de desenvolver sua principal atividade junto à comunidade, o de cuidador que age como elemento retroalimentador do cuidado.

A habilidade de liderar do enfermeiro da ABS não é compreendida de forma desarticulada de sua atuação como cuidador. O movimento circular entre ser cuidador, resolutivo e criador de vínculo retroalimenta o exercício de liderança, na medida em que para contribuir efetivamente como líder é necessário ter conhecimento e

experiência/vivência na área de atuação.

Este circuito recursivo é um processo complexo, dinâmico, interdependente e complementar por potencializar-se a cada ciclo e adaptar-se com as incursões das relações com a comunidade, profissionais e da gestão pública.

Um elemento contraditório para a liderança na ABS foi a falta e/ou rotatividade de alguns dos profissionais como médico e dentista. Pois, ao mesmo tempo em que causa sobrecarga de trabalho, desgaste pessoal e retira o enfermeiro de sua atuação como cuidador, oportuniza o fortalecimento do vínculo deste com a comunidade.

Ao superar as dificuldades com número inadequado de pessoal nas UBS, o enfermeiro revela-se como mediador para diversas demandas, pois tenta trazer resolutividade aos problemas; considera as restrições e limitações do contexto. Também, evidencia-se como referência para os profissionais da unidade de saúde ao conhecer mais profundamente a comunidade e suas necessidades bem como por participar ativamente do fluxo de informações com a SMS e a comunidade, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde.

No que tange à comunicação, os participantes utilizam-se dessa como prática essencial de liderança para geração de vínculo, resolução de conflitos e garantia agilidade no trabalho. O uso das tecnologias comunicacionais para agendamento de consultas e retirada de dúvidas entre os profissionais são importantes iniciativas de aproximação entre os envolvidos neste processo. Ressalta-se que o diálogo franco entre os membros da equipe favorece a inserção do enfermeiro, quando recém contratado e fortalece o estabelecimento de boas relações entre os trabalhadores mais experientes.

Neste último caso, o diálogo é utilizado na construção do planejamento, visando adequar necessidades da comunidade às possibilidades de trabalho da equipe. O planejamento foi introduzido como uma ferramenta gerencial na maioria das UBS quando se realizou a coleta dos dados. O estímulo institucional motivou diversos enfermeiros à inclusão do planejamento na sua prática de liderança e muitos informavam que já o utilizavam para integrar a equipe, motivar, compartilhar a tomada de decisão e a elaborar objetivos comuns bem como tornar as relações mais horizontais.

Destaca-se que a busca pela horizontalização das relações enfrenta a resistência de alguns profissionais que exercem liderança baseada na supervisão tradicional. Isso faz com que se cumpram as normas e rotinas sem uma reflexão crítica sobre o processo, a fim de se perpetuar a divisão dos profissionais em linhas hierárquicas diferentes.

Este fato relaciona-se à visibilidade que a liderança traz para a pessoa que ao exercê-la ou quando ocupa o cargo de coordenador de um UBS e diretoria percebe uma valorização/*status* do seu trabalho. Com as relações político-partidárias que permeiam a gestão pública em saúde, acirra-se a disputa pelo poder, principalmente, quando há renovação do grupo gestor.

Ações, propostas e pessoas são substituídas por interesses diversos, por esse motivo, para continuar desempenhando determinadas atividades, alguns enfermeiros privilegiam o interesse pessoal, em detrimento de conquistas para a comunidade. Entretanto, a disputa pelo poder vai além da esfera individual. A disputa entre os grupos profissionais também contribui para determinar que ações ou tecnologias de cuidado sejam selecionadas para trabalhar junto à comunidade, com o viés de garantir prestígio para grupos específicos.

A manutenção de algumas ações de liderança é prejudicada com a substituição de pessoas, pela falta de continuidade das equipes de saúde e projetos. Ainda, por conta da gestão pública, os enfermeiros buscam, como estratégia, o apoio do gestor e apresentam os resultados do seu trabalho para os pares e para os gestores, visando à conservação dos projetos, ações positivas para comunidade e a continuidade de atuação no cargo, uma vez que a possibilidade de ruptura das equipes e ações é constante a cada troca de gestão. Embora a liderança não esteja vinculada ao cargo, os participantes reconhecem a importância do ‘saber fazer’ ao ocupar uma posição de representatividade junto à SMS, tendo em vista a relativa autonomia conquistada e oportunidade de reivindicar espaço em um contexto envolvido pela disputa de poder.

Ao mesmo tempo em que alguns enfermeiros atuam de forma mais centralizadora, grande parte dos participantes entendem que a liderança deve ser estimulada nos demais membros da equipe de saúde, no sentido de trabalhar com um time de líderes para a manutenção das ações, independente das pessoas que coordenem os grupos de trabalho.

O estímulo à liderança é realizado durante o curso de graduação, mas na vida profissional, os enfermeiros buscam incentivá-la ao trabalhar conceitos de responsabilidade, respeito e flexibilidade, associadas à autogestão das equipes.

No processo de liderança pelo enfermeiro na ABS, a equipe de saúde, na qual o enfermeiro se considera membro ativo na motivação e integração do grupo, promove o alcance da qualidade do cuidado e atendimento ao usuário de saúde. Este é o elemento central das ações e de liderança do enfermeiro, é por ele que a equipe mobiliza toda a rede para suprir suas necessidades. Entretanto, destaca-se que a enfermagem

não deve esquecer-se de preservar seu espaço de atuação na Atenção Básica à Saúde. Aponta-se como desafio a sua organização para fortalecer lacunas e avançar em suas habilidades, com novas tecnologias e conhecimentos, pois todo conhecimento é uma reconstrução.

A liderança é um elemento indicado como chave nas organizações e a Enfermagem é um sistema complexo, dinâmico e aberto a trocas com as demais áreas do saber. Entretanto, o enfermeiro tem como desafio preservar sua identidade e estimular a liderança, especialmente, nos enfermeiros para que a conquista quanto à qualidade do cuidado venha acompanhada de reconhecimento e valorização profissional, como apresenta a figura 6:

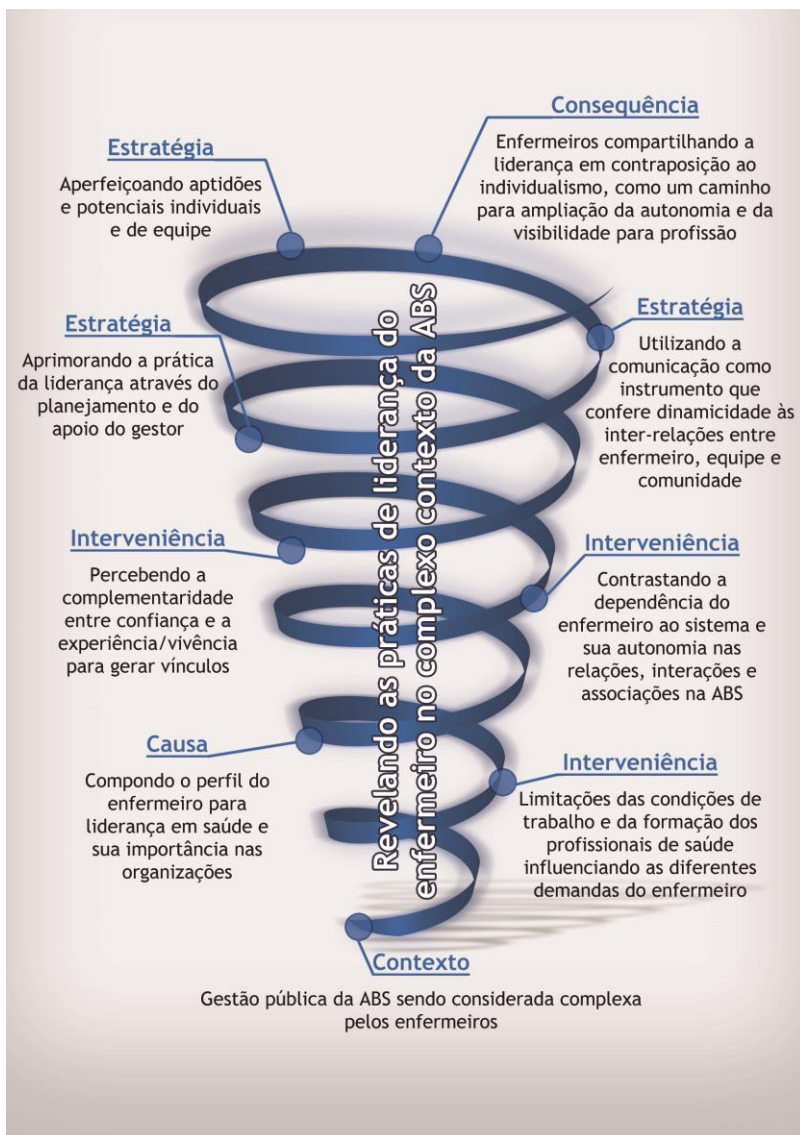


Figura 9: Diagrama do Modelo teórico "Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica à Saúde".

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3 MANUSCRITO 3 - ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UM CONTEXTO COMPLEXO PARA LIDERANÇA DO ENFERMEIRO

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UM CONTEXTO COMPLEXO PARA LIDERANÇA DO ENFERMEIRO

RESUMO

Estudo qualitativo que teve por objetivo compreender o contexto da Atenção Básica à Saúde (ABS) e sua interface com a liderança a partir da perspectiva dos enfermeiros atuantes em um município do sul do Brasil. Utilizou-se o pensamento complexo como referencial teórico e a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico. A coleta dos dados ocorreu através de entrevista semi-estruturada com 30 enfermeiros vinculados à ABS e professores universitários, distribuídos em 4 grupos amostrais. O trabalho na ABS foi considerado complexo, pois emergiram a necessidade de profissionais qualificados e contradições no exercício da liderança pelo enfermeiro inserido na rede de relações e interações da gestão pública em saúde. A compreensão de que a ABS é complexa, e a luta pela continuidade das ações e das equipes de trabalho são atitudes que tendem a superar as dificuldades encontradas na gestão pública em saúde.

Descritores: Liderança; Enfermagem; Administração Pública; Atenção Básica à saúde.

PRIMARY HEALTH CARE: A COMPLEX CONTEXT NURSING LEADERSHIP

ABSTRACT

This qualitative study aimed to understand the context of Primary Health Care and its interface with the leadership from the perspective of nurses in a city in southern Brazil. We used the Grounded Theory as a methodological reference and the data were collected through semi-structured interviews with 30 nurses, linked to the Primary Health Care and academics, distributed in four sample groups. Public management of Primary Health Care was considered complex since emerged the need of qualified and contradictions in the exercise of leadership by the nurse inserted in the network of relationships and interactions in public health management. The realization that the Primary Health Care is complex, but also the struggle for continuity of actions and work teams are attitudes that tend to overcome the difficulties encountered in managing public health.

Descriptors: Leadership; Nursing; Public Administration; Primary Health Care.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN CONTEXTO COMPLEJO PARA EL LIDERAZGO DE ENFERMERÍA

RESUMEN

Este estudio cualitativo tuvo como objetivo comprender el contexto de la Atención Primaria de Salud y su interrelación con el liderazgo desde la perspectiva de las enfermeras en una ciudad en el sur de Brasil. Se utilizó la Teoría Fundamentada como referencia metodológica y los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas con 30 enfermeros, vinculados a los Atención Primaria de Salud y académicos, distribuidos en cuatro grupos de la muestra. La gestión pública de Atención Primaria de Salud se consideró compleja ya surgió la necesidad de personal cualificado y las contradicciones en el ejercicio del liderazgo de la enfermera inserta en la red de relaciones e interacciones en la gestión de la salud pública. La comprensión de que el Atención Primaria de Salud es compleja, pero también la lucha por la continuidad de las acciones y de los equipos de trabajo son las actitudes que tienden a superar las dificultades encontradas en la gestión de la salud pública.

Descriptoros: Liderazgo; Enfermería; Administración Pública; Atención Primária de Salud.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado da reforma sanitária brasileira e adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de reorganização do atendimento à população na Atenção Básica à Saúde (ABS). Esta esfera de atenção é orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. E deve ser a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, juntamente com os serviços de urgência e emergência e atenção psicossocial (BRASIL, 2011b).

Embora, a trajetória da ESF tenha oportunizado a redução de 24% na taxa de hospitalização por condições sensíveis à ABS, entre o período de 1999 a 2005 (DOURADO et al., 2011), alguns estudos apontam fragilidades na efetivação de ações intersetoriais (GIOVANELLA et al., 2009) e na organização dos serviços, identificando a alta prevalência no número de usuários que não encontraram facilidade para marcar consultas e não consideraram

satisfatório o apoio do pessoal da Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Ainda, no que tange à alocação de recursos, verificou-se que a maioria dos 1.097 municípios analisados em um estudo realizado na região Sudeste do País, apresentou redução da produtividade na utilização de recursos na atenção básica entre 2007 e 2010 (GONÇALVES et al., 2012).

Destaca-se que, historicamente, o enfermeiro atua à frente dos serviços de saúde e assume, além das demandas clínicas, atividades administrativas. O fato de ocupar posições de liderança pode estar relacionado à formação do enfermeiro, a qual privilegia a dimensão gerencial, e a necessidade de organizar e gerenciar equipes de trabalho, atividade inerente à profissão (BRASIL, 2001). Corroborando com esses dados, verifica-se que no contexto nacional, 81,6% das UBS são gerenciadas por enfermeiros (CUNHA et al., 2011).

Quando se refere à ABS, as UBS são o contexto desta imbricada rede de serviços, no qual se realiza promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças bem como a coordenação dos cuidados nos demais níveis de atenção oferecidos pelo SUS. Ao se considerar a complexidade dessa organização, constata-se a necessidade de líderes com capacidade de manter a equipe coesa e participativa (FORTUNA et al., 2005), visando alcançar os melhores resultados em saúde.

Com base no exposto, questiona-se: como o contexto se relaciona com o desenvolvimento das atividades administrativas e de liderança do enfermeiro na atenção básica à saúde? A fim de identificarem-se as fragilidades e as potencialidades deste cenário e suas contribuições para a prática da enfermagem, este estudo tem por objetivo compreender o contexto da Atenção Básica à Saúde e sua interface com a liderança a partir da perspectiva dos enfermeiros atuantes em um município do Sul do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo, oriundo de uma pesquisa intitulada “Liderança do enfermeiro na Atenção Básica à saúde sob a perspectiva da complexidade” no qual se adotou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico, por possibilitar desvelar fenômenos ou compreender a realidade a partir da percepção que certo contexto ou objeto tem para a pessoa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A coleta dos dados ocorreu durante o período de setembro de

2011 a junho de 2012, em um município de aproximadamente 400 mil habitantes, localizado ao Sul do Brasil, que possui 50 UBS, distribuídas em cinco Distritos Sanitários. Participaram do estudo enfermeiros selecionados com base na amostragem teórica, ou seja, processo no qual o pesquisador decide, a partir das respostas e hipóteses de pesquisa, onde e com quem buscar as informações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim, para o primeiro grupo amostral, foram convidados enfermeiros da equipe da Estratégia Saúde da Família, com no mínimo dois anos de experiência na atenção básica, vinculados as cinco Distritos Sanitários, totalizando seis participantes. Foi realizada entrevista individual, semiestruturada, cuja questão inicial foi: *Como você compreende e exerce sua de liderança na ABS? Como as atividades administrativas e de liderança do enfermeiro se desenvolvem no contexto da atenção básica à saúde?* O encaminhamento das demais questões foi direcionado pelas pesquisadoras a partir das respostas dos participantes.

No decorrer do processo de coleta e análise dos dados, percebeu-se a necessidade de incluir outros três grupos amostrais. O segundo grupo foi formado por sete enfermeiros coordenadores de UBS. O terceiro por dez enfermeiros que atuavam em gerências ou diretorias na esfera administrativa e o quarto grupo foi realizado com sete enfermeiros professores universitários, por apresentarem *expertise* no tema. No total, foram entrevistados trinta enfermeiros.

Ressalta-se que o recrutamento dos participantes ocorreu por contato telefônico para o local de trabalho, com apresentação dos pesquisadores envolvidos e da metodologia da pesquisa, com posterior convite ao sujeito para participar do estudo. Caso obtivesse retorno positivo, era agendado um segundo encontro para realização da entrevista.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas em sua íntegra. A análise dos dados ocorreu de modo simultâneo à coleta, seguindo as etapas propostas pela TFD: codificação aberta, axial e seletiva. Na codificação aberta, os dados foram analisados linha por linha com o objetivo de identificar cada incidente. Foram gerados códigos que, depois de agrupados, promoveram a elaboração dos conceitos. Na codificação axial, os dados foram reagrupados, para se obter uma explicação mais clara e completa sobre o fenômeno, relacionando categorias às suas subcategorias.

Todavia, na fase da codificação seletiva, as categorias e subcategorias encontradas anteriormente foram comparadas e analisadas continuamente com o objetivo de fazer emergir a categoria central ou o

fenômeno, para assim desenvolver a explicação teórica (STRAUSS; CORBIN, 2008). Alcançou-se a saturação dos dados com a repetição das informações e consolidação das categorias encontradas. Utilizou-se o modelo paradigmático (STRAUSS; CORBIN, 2008) como estrutura orientadora da organização dos dados, emergindo o fenômeno “*Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da ABS*”, sustentado por cinco componentes: contexto, causa, interveniência, estratégias e consequências. Devido à importância e relevância do primeiro componente, para este manuscrito, optou-se por abordá-lo separadamente, dando visibilidade às suas respectivas subcategorias.

A validação do Modelo Teórico foi desenvolvida com dois enfermeiros vinculados à instituição de coleta de dados e não participantes do estudo; três enfermeiros pesquisadores, sendo um com *expertise* no método e dois com *expertise* no tema. Porém, na busca pela verificação da coerência metodológica, aderência temática e possibilidades de abstração e generalização do Modelo Teórico, validou-se o estudo com um enfermeiro canadense com experiência em saúde pública.

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 130/2011. Para preservar a identidade dos participantes empregou-se o uso de pseudônimos formados pela letra P e um número ordinal correspondente à sequência das entrevistas realizadas (P1, P2 a P30).

RESULTADOS

O componente contexto do fenômeno “*Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da ABS*” é formado pela categoria Gestão pública da ABS sendo considerada complexa pelos enfermeiros, a qual é sustentada por duas subcategorias: Emergindo a ABS complexa e com necessidade de profissionais qualificados e Percebendo contradições no exercício da liderança pelo enfermeiro inserido na rede de relações e interações da gestão pública em saúde.

Emergindo a Atenção Básica à Saúde complexa com necessidade de profissionais qualificados

Nesta subcategoria, questiona-se o real significado do termo ‘básico’ na denominação ABS. Segundo os participantes, o termo

‘básico’ não deve ser relacionado negativamente à ideia de cuidados primários ou fundamentais, ou à menor qualidade e resolutividade, no que se refere à baixa complexidade, como ilustra a seguinte fala:

Mas, na verdade, quando a gente vê, lê essas teses, falando que atenção primária é o postinho; que é coisa de baixa complexidade; que não precisa, que é só no diálogo. É tudo mentira, porque na verdade, quando eu falo que nós temos que ser os melhores na atenção básica, é porque nós vamos ter que lançar mão de toda a rede de saúde, desde a porta de entrada até, se preciso, na internação (P15).

Assim, os participantes enaltecem o valor do trabalho realizado na ABS como um serviço responsável pela integração de uma complexa rede de atendimento nos diversos níveis de atenção à saúde.

Em relação à coordenação de cuidados no sistema de saúde, os participantes enfatizam dois aspectos: o primeiro é a necessidade de qualificação profissional para atuar neste cenário. Além de dominar a dimensão clínica, pois a UBS é referência para qualquer tipo de intercorrência, o profissional generalista na ESF encontra conflitos de interesse social, como: desemprego, violência intrafamiliar, dentre outros. O segundo aspecto relaciona-se com a departamentalização como eixo condutor da lógica de trabalho na organização, embora existam os incentivos de atuação integrada e em redes.

Ainda os participantes relatam que tradicionalmente os hospitais eram considerados resolutivos porque tinham equipamentos e tecnologia de ponta. Entretanto, a ABS rompe com esse discurso e apresenta uma alternativa eficiente ao usuário, posicionando o foco sobre o contexto familiar e a formação de vínculo:

Nós que ensinamos com a nossa trajetória de profissionais. Ensinamos a população que o hospital é melhor porque tem equipamentos; que hospital é resolutivo; que lá é tudo muito grande, é tudo muito misterioso. E o profissional de saúde também se deu ao desfrute de dizer: eu tenho o poder dentro do hospital porque eu sei mais, eu que controlo os materiais, eu que abro a porta, eu que controlo a entrada, eu ... E então, gerou um conflito muito grande entre essa questão, do

hospital como uma estrutura complexa e a relação de poder da equipe de profissionais e a formação (P15).

Ressalta-se também que a ausência de limites entre a unidade de saúde e a comunidade amplia a permeabilidade de informações e práticas a partir de incorporações de atividades coletivas na comunidade e visitas domiciliares.

Percebendo contradições no exercício da liderança pelo enfermeiro inserido na rede de relações e interações da gestão pública

O movimento de contradições se faz presente na atuação dos enfermeiros inseridos na ABS, uma vez que os participantes percebem a intensa manifestação das forças político-partidárias quando o desejável é uma qualificada execução técnica. Para os estes, a gestão pública em saúde busca sair do modelo burocrático e pouco flexível para uma conformação mais integrada, ágil e dinâmica. Entretanto, são observados desafios que atendem a adaptação dos trabalhadores aos novos estilos, instrumentos e procedimentos de trabalho.

A ABS é considerada um espaço para atividades de política de negociação e articulação fortemente atrelada à atuação individual das pessoas e às trocas de governos. Os participantes destacam ainda que ocorrem algumas substituições na composição das chefias ou equipes técnicas para incluir pessoas com influência político-partidária e/ou competência técnica. Esse aspecto é considerado limitador, pois gera descontinuidade da agenda proposta, tendo em vista que cada grupo gestor prioriza ações conforme sua linha de orientação. Percebe-se a sobrecarga de trabalho tanto para os enfermeiros em nível central quanto para os que atuam nas unidades básicas de saúde, como ilustra a fala:

É, eu percebo que essa continuidade está muito atrelada sim a esses interesses de poder, interesses políticos. A gestão pública recebe esse atravessamento não só da burocracia. Mas, aqui a gente poderia falar lá em patrimonialismo, em outras coisas do passado, que vêm desde lá, herança lá da família real na gestão pública. É, a gente recebe esses atravessamentos que não são de forma alguma humanizadores. eles não são de forma alguma democráticos. E se percebe nisso e eles vêm, digamos, de alguma forma, é... trazer

quebra, ruptura no que deveria ser a continuidade (P17).

Entretanto, para a manutenção do cargo no serviço administrativo, alguns enfermeiros relataram que é preciso fazer concessões ou, muitas vezes, justificar e defender a continuidade das ações já iniciadas, enfatizando a importância da sua atuação naquela atividade, como relata o participante:

Dou trabalho! Eu sou considerada como um pouquinho de mal criada. A palavra que usaram foi intransigente, mas não é o meu caso. Eu acho que sou séria. Isso é diferente de outros coordenadores que aceitam as coisas para se manterem no cargo. Já pedi para me tirarem, entende? Eu digo e eles não gostam de ouvir. (...) Gosto de lutar pelo que acho certo. Corro atrás de melhorias na unidade, de projetos que queremos implementar. Um dia desses, iniciamos uma ação muito interessante, mas por falta de materiais específicos, tínhamos que abandonar. Decidi recorrer à Regional e diretamente ao Secretário. Claro que sem o apoio superior não teria dado nada certo... (P7).

No que tange ao vínculo laboral, destaca-se que os participantes consideram que o servidor público proporciona o estabelecimento de uma maior relação com o cargo e local de trabalho, conseqüentemente, para o enfermeiro que trabalha diretamente com a comunidade, ampliam-se e fortalecem-se os laços entre equipe e comunidade. No entanto, apontam-se aspectos negativos à estabilidade dos trabalhadores, quando alguns profissionais se comportam de forma passiva frente às suas atribuições por um traço de personalidade, falta de motivação, de incentivos salariais ou ascensão na carreira.

Mas, ainda tem muito comodismo. Não sei se em todos, né? Por exemplo, na reunião de planejamento: 'Ah! Pra que isso!? O salário não vai mudar ...'. Mas, é que o salário não vai mudar mesmo e, isso não depende da gente neste momento. O que está sendo discutido agora é a necessidade de se melhorar o ambiente de trabalho, porque a gente passa oito horas aqui

(P1).

Ah, eu acho que é bom. Eu achava que, quando eu não era concursada, que parecia que a pessoa se acomodava. Mas, eu acho que não, eu acho que cria um vínculo maior com o teu trabalho (P4).

Nesse sentido, os participantes pontuam que a atuação dos enfermeiros líderes de equipe da saúde da família e coordenadores de Unidade é fundamental para estimular e direcionar o grupo. Entretanto, percebem que o processo de seleção dos coordenadores precisa ser revisado, uma vez que esse ocorre por indicação técnica; sem a abertura de um processo formal interno, pautado em avaliação de perfil, de currículo e de conhecimento das atribuições.

O ponto bom é a indicação técnica. O próprio pessoal da unidade de saúde, o coordenador que sai e já vê o perfil de alguém e indica. Então isso, os vereadores já sabem que se eles vierem pedir. Eles já sabem que não vão conseguir, porque são os nossos técnicos, todos eles têm nível superior... Mais um ponto bom. O ponto ruim é que não se tem uma seleção (P14).

Assim, os enfermeiros compreendem que, ao se criar uma estratégia na qualificação das lideranças formais nas unidades básicas de saúde poder-se-á conquistar mais qualidade no processo de trabalho da equipe multiprofissional visando melhorias no atendimento à comunidade.

Embora os enfermeiros se reconheçam como seres relacionais, políticos e críticos, a liderança exercida na ABS ocorre de forma mais lenta comparada ao que ocorre no cenário hospitalar. Os participantes entendem que a dinâmica do trabalho nos hospitais em turno de seis horas diárias, com frequente rotatividade de pacientes, traz dinamicidade às ações dos enfermeiros. Eles conseguem ver o impacto de algumas atividades em pequeno e médio prazo.

Porém, as atividades na comunidade, por terem um caráter coletivo, com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças e envolverem diversos setores sociais, exigem mais tempo e o exercício de liderança ocorre de forma progressiva, acompanhando o ritmo das ações em saúde.

A área hospitalar é muito diferente da saúde pública. Sempre trabalhei com tempo, com emergência. O cérebro tem que ser muito rápido e tem que estar seguro do que está fazendo. E a saúde pública é uma coisa lenta, morosa, demorada, que requer muita insistência. Eu sempre digo que a saúde pública é como uma mãe iniciando a amamentar: tem que ter muita paciência e persistência. Não desistir nunca. Porque muitas vezes a gente nunca alcança o que a gente quer. E a liderança que vem dentro da saúde pública também é lenta. Você vai adquirindo conforme vem o tempo. [...] É por isso que eu te digo que ser líder é difícil. Tem que estar no meio termo. Tem que ser uma pessoa que saiba conduzir de uma forma que você não seja nem autoritária nem liberal... mas que precise fazer acontecer o que precisa ser feito. Porque você também é cobrado (P3).

Contudo, os participantes destacaram que a dinâmica de atuação dos enfermeiros vem sofrendo mudanças ao longo dos anos. Inicialmente, assumiram a atividade de liderança com intenso envolvimento com a qualificação da atenção em saúde, para o cumprimento das políticas públicas e primeiros programas de saúde. Embora não estivessem preparados para desenvolver sua principal ferramenta de trabalho na ABS, a consulta de enfermagem buscou alcançar o domínio teórico e prático a fim de conquistar seu espaço profissional.

Naquele período, os enfermeiros exerceram a liderança, pois vislumbraram a necessidade de expansão da enfermagem. Ampliou-se o número de trabalhadores na rede municipal e criou-se uma coordenação de enfermagem para organizar e suprir as necessidades relativas a esse grupo de trabalhadores.

Atualmente, percebe-se que alguns profissionais apresentam queixas ou não buscam por mudanças no ambiente ou nas relações de trabalho, pois estão vivenciando um bom momento na Secretaria Municipal de Saúde, com valorização salarial, adequado número de trabalhadores, contratação por concurso público e realização de diversas ações de educação continuada. Como apresentado por um dos participantes, o déficit de enfermeiros líderes na ABS pode ter relação com a analogia da árvore:

Então eu acho muito injusto, quando os profissionais novos, enfermeiros, dizem que a instituição é ingrata, eu não concordo. Eles estão colhendo os frutos e eles não plantaram a árvore. A árvore quem plantou fomos nós, os mais antigos que brigaram, muitas vezes, com represálias, com frentes, levou anos, décadas para se poder alcançar. Então, hoje, você vai, pega um banquinho, sobe na árvore, colhe o fruto e não dá valor. Porque você não plantou; você não regou,; você não fez a poda; você não limpou sequer embaixo da árvore quando ela soltou as folhas no inverno. Precisamos entender a realidade... depende da janela que você olha, pra entender como é que esse enfermeiro novo está olhando essa árvore. Então, essa questão da atuação do enfermeiro na atenção primária hoje passa por tudo isso... Precisa valorizar o que tem e querer conquistar mais! (P15).

Assim, os participantes confirmam que dentre os desafios da Enfermagem, como profissão, é preciso sensibilizar os enfermeiros para uma atuação diferenciada e continuidade de ações efetivas na ABS. É necessário atuar em novas frentes e lutas da profissão.

DISCUSSÃO

É frequente a discussão acerca do conceito da ABS na literatura científica, inclusive entre os participantes deste estudo. Verifica-se a vinculação da ABS à ‘medicina para pobres’ como resultado da acentuada desigualdade social que fez com que fossem priorizadas as classes economicamente menos favorecidas. Um importante problema relativo a esta conceituação é a ausência de políticas que envolvam a organização dos demais níveis tecnológicos com tais princípios equitativos (GONÇALVES et al., 2012).

A origem dessa relação está baseada na canalização de recursos para melhorar a qualidade dos gastos; suprir as necessidades de saúde dos mais pobres, tendo em vista que o aumento dos gastos em saúde pode não influenciar significativamente em determinados indicadores (WHO, 2010). Constata-se, desta forma, que o investimento em ABS busca reduzir as internações hospitalares ou o uso de procedimentos

terapêuticos mais sofisticados, que implicam em aumento de gastos para o sistema de saúde. Assim, este nível de atenção é visto como uma ação de baixo custo, isto é, relativamente barato, implementado principalmente em países pobres (CONILL, 2008; IBÁÑEZ et al., 2006)

Os participantes deste estudo enaltecem a complexidade de atuar em um nível de atenção que cuida do ser humano de forma abrangente e multidimensional, mesmo em dispor de forma imediata de alta tecnologia.

Esta perspectiva vai ao encontro do pensamento complexo que contempla todas as dimensões do viver humano e social, simultaneamente físico, biológico, social, cultural, psíquico e espiritual. Portanto, evidencia-se que a complexidade reside no fato de se tentar conceber a articulação entre todos estes aspectos (MORIN, 2008b). Por esta razão, os participantes defendem a necessidade de trabalhadores de saúde qualificados, especialmente os enfermeiros.

Estes profissionais são considerados seres do cuidado e do conhecimento, capazes de estabelecer relações sócio-afetivas-político-culturais (ERDMANN et al., 2006). Destaca-se também a importância do perfil generalista e humanista com raciocínio crítico na ESF (COSTA; MIRANDA, 2012). Ainda, para o funcionamento das organizações, observa-se cada vez mais a importância de se trabalhar em equipe, de forma interdisciplinar, para superar as barreiras da fragmentação do ser humano e os desafios dos problemas em saúde (ROQUETE et al., 2013).

No município, cenário deste estudo, a entrada preferencial de trabalhadores ocorre por concurso público. Destaca-se que a estabilidade no serviço público é um aspecto importante no sentido de garantir uma atuação mais autônoma e continuada do trabalhador nas instituições públicas de saúde.

Entretanto, foi considerado um elemento contraditório para atuação de liderança do enfermeiro, pois ao passo que a estabilidade possibilita o fortalecimento de vínculo com a comunidade, quando associada à falta de incentivos salariais e desmotivação do trabalhador, pode repercutir em acomodação e falta de interesse.

O processo de municipalização da gestão pública permitiu a flexibilização das formas de vínculos em alguns municípios e os contratos de trabalho ocorreram de acordo com os programas criados a partir das políticas de saúde (TAVEIRA; SOUZA; MACHADO, 2012). Desta forma, em alguns contextos, verificou-se que a condição ocupacional não fornecia amparo das normas legais nem estabilidade, benefícios ou segurança ao trabalhador (PAULINO; GUIMARÃES,

2012).

Entende-se que com vínculos não estáveis, os profissionais ficam sujeitos à instabilidade política, comprometendo significativamente a sua dedicação (DUARTE; OLIVEIRA, 2012). A insegurança no trabalho e vínculo instável também foram elementos causadores de preocupação e sofrimento em trabalhadores da enfermagem, que foram reduzidos com o emprego de liderança positiva e a gestão justa e equitativa (HEPONIEMI et al., 2012).

A manutenção de profissionais/equipes estáveis nos serviços por seu potencial de vínculo e qualidade do cuidado é indicada como estratégia para o trabalho em saúde (HAYES et al., 2011).

No que tange à insegurança no serviço público, os participantes deste estudo ressaltam a influência das relações político-partidárias. Alguns gerentes da atenção primária de municípios do Estado do Maranhão apontam que a ascensão ao cargo está diretamente associada à maturidade do profissional e a maior experiência de trabalho em saúde (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

No entanto, verifica-se a dificuldade de coordenar os serviços e equipes de saúde devido à ausência de autonomia, por limitação decorrente de aspectos políticos e insegurança no cargo de coordenador/gerente, uma vez que inesperadamente pode haver substituição das pessoas (MELO; GOULART; TAVARES, 2011).

Outros reflexos da relação político-partidária são: a descontinuidade político-administrativa e a alternância institucional caracterizada pela troca de gestores e imediatismo, entendidos como elementos negativos (HEIMANN et al., 2011; JUNIOR, HECK, CEOLIN, 2011). A constante mudança na correlação de forças políticas no âmbito institucional pode explicar algumas dificuldades para implantação do SUS municipal (CARDOSO; VIEIRA-DA-SILVA, 2012).

Embora os processos de mudança tenham importante implicação na prática, entendida muitas vezes como negativa, na ausência de desordens e incertezas serão inibidas a criatividade, a inovação e a evolução (MORIN, 2011). Sem a intenção de alcançar a completude, o pensamento complexo almeja articular as partes que constituem o todo.

Isso não significa identificar características individuais, e sim avançar no entendimento sobre as partes/indivíduos enquanto coletividade (MORIN, 2008b). Os participantes deste estudo indicam a sustentação em defesa de ações e projetos de interesse coletivo. Visa-se, portanto, promover a continuidade das ações positivas já implementadas e garantir a conquista de melhorias para ABS.

Corroborando com essa perspectiva, ressalta-se que o apoio do gestor é um fator importante a ser considerado para superar as dificuldades na dimensão gerencial e assistencial (JUNIOR; HECK; CEOLIN, 2011).

A liderança dialógica também pode ser indicada como uma ferramenta gerencial que se difere dos métodos autocráticos, uma vez que ocorre a partir de um diálogo eficiente, capaz de estimular a autonomia, a corresponsabilização e a valorização dos envolvidos no processo, tanto dos membros da equipe de enfermagem como dos usuários dos serviços de saúde (AMESTOY et al., 2010). Por tanto, oportuniza-se trabalhar pela interação permanente entre os indivíduos, por sofrer interferência das características individuais de cada um e, por conseguinte, ser influenciado pelo todo social, a fim de se promover a auto-organização dinâmica e viva (MORIN, 2008b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta como limitações algumas características inerentes à pesquisa qualitativa, cujo cenário e amostra de participantes resgatam elementos específicos e peculiares, o que compromete sua capacidade de generalização. Entende-se que o emprego de outras técnicas de coleta de dados poderia ampliar as possibilidades de compreensão deste fenômeno, como a análise documental e a observação. Entretanto, alcançou o objetivo de compreender a ABS e sua interface com a liderança a partir da perspectiva dos enfermeiros.

Um cenário em constante mudança, desde o modelo de atenção à saúde até o processo de liderança do enfermeiro, a ABS tem exigido profissionais cada vez mais qualificados para lidar com este contexto e as questões de saúde.

A ABS é considerada complexa, pois articula de forma ativa as múltiplas necessidades dos usuários. Interconecta e coordena os programas de saúde e níveis de atenção bem como suas fragmentações, descontinuidades e relações político-partidárias. O movimento desses elementos intimamente interligados, oportuniza a auto-organização em cada UBS e da SMS como um todo, incentivada também pelo enfermeiro.

Os enfermeiros apontam que a compreensão de sua responsabilidade, enquanto profissionais da saúde, atuantes em um contexto complexo bem como a luta pela continuidade das ações em saúde e das equipes de trabalho são atitudes que tendem a superar as dificuldades apresentadas na gestão pública. Sugere-se que este aspecto,

da relação entre gestão pública em saúde e atuação do enfermeiro na ABS, mereça maior aprofundamento e atenção em futuros estudos.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S.C. et al. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 63, n.5, p. 844-847, 2010.

BRANDÃO, A.L.R.B.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C.E.A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Educação. **Resolução N. 3, de 07 de novembro de 2001**. Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.7-16, 2008.

COSTA, R.K.S.; MIRANDA, F.A.N. O enfermeiro ea estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p.120-128, 2012.

CUNHA, C.J.C.A. et al. **Gestão e liderança em Unidades Básicas de Saúde**. Florianópolis: Padion, 2011. 176p.

CARDOSO, M.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p.1273-1284, 2012.

DOURADO, I. et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Medical Care**, Philadelphia, v. 49, n.6, p. 577-584, 2011.

DUARTE, M.L.C.; OLIVEIRA, A.I. Compreensão dos coordenadores de serviço de serviços de saúde sobre educação permanente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n.3, p. 506-512, 2012.

ERDMANN, A.L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p. 483-491, 2006.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.2, p.262-268, 2005.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 783-794, 2009.

GONÇALVES, M.A. et al. Uma análise da mudança de produtividade da alocação de recursos públicos na atenção básica da saúde em municípios da região sudeste brasileira. **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, v. 14, n. 34, p. 60-74, 2012.

HAYES, L.J. et al. Nurse turnover: a literature review—an update. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v.49, n. 7, p. 887-905, 2011.

HEIMANN, L.S. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877-2887, 2011.

HEPONIEMI, T. et al. The Association of Ownership Type With Job Insecurity and Worry About Job Stability: The Moderating Effects of Fair Management, Positive Leadership, and Employment Type. **Advances in Nursing Science**, Germantown, v. 35, n.1, p. 39-50, 2012

IBAÑES, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no

Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 683-703, 2006.

JUNIOR, D.D.A.B.; HECK, R.M.; CEOLIN, T. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.1, n.1, p. 41-50, 2011.

MELO, F.A.B.; GOULART, B.F.; TAVARES, D.M.S. Gerência em saúde: a percepção de coordenadores da estratégia saúde da família, em Uberaba-MG. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 3, p.498-505, 2011.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008b.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 4 ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

PAULINO, T.S.; GUIMARÃES, J. Interfaces of the work process of the nurse in the family health strategy. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 7, n. 2, p. 389-396, 2012.

ROQUETE, F.F. et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde pública. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.2, n.3 p. 463-474, 2013.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAVEIRA, Z.Z.; SOUZA, R.A.; MACHADO, M.H. Precarização dos vínculos de trabalho na estratégia saúde da família: revisão de literatura. **Divulgando saúde em debate**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 102-110, 2012.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C. P. Management practice and conception and family health strategy managers. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics 2010**. France: World Health Organization. Disponível em:

<http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2013.

5.4 MANUSCRITO 4 - CONDIÇÕES CAUSAIS PARA O EXERCÍCIO DA LIDERANÇA DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

CONDIÇÕES CAUSAIS PARA O EXERCÍCIO DA LIDERANÇA DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

RESUMO

Este estudo qualitativo teve por objetivo compreender o significado da liderança exercida pelos enfermeiros inseridos nos serviços de Atenção Básica à Saúde de um município localizado no Sul do país, com destaque para as condições causais. Utilizou-se o pensamento complexo como referencial teórico e a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico. A coleta dos dados ocorreu baseada em entrevistas semiestruturadas com trinta enfermeiros vinculados à Atenção Básica à Saúde e professores universitários, distribuídos em quatro grupos amostrais. O enfermeiro exerce liderança motivada pela personalidade, estímulo na formação profissional, características próprias da profissão e influência do ambiente. Os enfermeiros são influenciados e influenciam o serviço de saúde. Atuam em consonância com as políticas de saúde. Contribuem para incentivar a participação e integração dos demais trabalhadores nos serviços de saúde.

Descritores: Liderança; Enfermagem; Administração Pública; Organização e administração; Atenção Básica à saúde.

CAUSAL CONDITIONS FOR THE EXERCISE OF NURSING LEADERSHIP OF PRIMARY HEALTH SERVICE

ABSTRACT

The aim of this qualitative study is to highlight the causal conditions and understand the meaning of leadership exercised by nurses working at services of Primary Health Care in a county located in the south of the country. The Grounded Theory was used as a methodological reference. Data collection occurred through semi-structured interviews with 30 nurses linked to Primary Health Care and academics, distributed in four sample groups. The nurse exercises leadership driven by personality, vocational training stimulus, characteristics of the profession and influence of the environment. Nurses are influenced and influence the health service, acting in compliance with health policies, helping to foster the participation and integration of other workers in the health services.

Keywords: Leadership, Nursing, Public Administration, Organization and administration; Primary health.

CONDICIONES CAUSALES PARA EL LIDERAZGO DEL ENFERMERO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMEN

Este estudio cualitativo tuvo como objetivo comprender el significado del liderazgo ejercido por los enfermeros vinculados a los servicios de Atención Primaria de Salud en un municipio ubicado en el sur del país, destacando las condiciones causales. Como referencia metodológica se utilizó la Teoría Fundamentada. La recolección de datos se hizo a través de entrevistas semiestructuradas con treinta enfermeros vinculados a la Atención Primaria de Salud y con profesores universitarios, distribuidos en cuatro grupos de la muestra. El enfermero ejerce liderazgo motivado por la personalidad, el estímulo de la formación profesional, las características de la profesión, las influencias del ambiente. Los enfermeros son influidos e influyen en el servicio de salud, actúan de conformidad con las políticas de salud, ayudan a fomentar la participación y la integración de los demás trabajadores de los servicios de salud.

Palabras clave: Liderazgo; Enfermería; Administración Pública; Organización y administración; Atención Primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) necessita, para seu bom funcionamento, de líderes capazes de articular questões internas e externas ao serviço e favorecer a integração de saberes para lidar com uma variedade de processos, concentrando em si a responsabilidade de atuar com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, bem como ser resolutiva, coordenado o cuidado e as redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

Neste contexto, o enfermeiro desempenha, junto à equipe de saúde, uma atuação diferenciada. Faz a mediação dos conflitos interpessoais e das ações no trabalho coletivo. É considerado um líder na rede de relações dos agentes comunitários de saúde (LANZONI; MEIRELLES, 2010). Ainda, ressalta-se a dimensão gerencial do seu trabalho, na qual o enfermeiro ocupa a função de gerente em mais de 80% dos serviços de saúde no Brasil (CUNHA et al., 2011).

Destaca-se que ser líder é diferente de ser gerente, mas

certamente é na gerência que reside o ponto mais crítico da liderança. Pois, considera-se que, neste nível, as metas e atividades são direcionadas para serem realizadas por toda a organização (CHIAVENATO, 2009).

Para este estudo, a liderança é compreendida como uma ação grupal complexa, na qual o líder emerge naturalmente das múltiplas interações estabelecidas entre os envolvidos, com uma habilidade diferenciada de perceber o local no qual atua, quando sente, intui, vivencia, relaciona-se com e influencia os outros (DIMITROV, 2003).

Nesta perspectiva, segundo Cunha et al. (2011), a ABS gera dois grandes desafios para seus líderes: o gerenciamento de equipes multidisciplinares e heterogêneas e a articulação de culturas diferentes, tanto dentro de equipe quanto em relação às culturas locais. Diante dessas questões, indaga-se: quais são as motivações e as condições causais identificadas pelos enfermeiros para o exercício da liderança na ABS? Assim, este estudo teve por objetivo compreender as condições causais identificadas pelos enfermeiros para o exercício da liderança na ABS de um município localizado ao sul do Brasil.

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 130/2011. Trata-se de um recorte de uma pesquisa intitulada “Liderança do enfermeiro na Atenção Básica à saúde sob a perspectiva da complexidade”, na qual se utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico. A mesma tem o potencial de oferecer maior compreensão sobre o fenômeno e fornecer subsídios para elaboração de um modelo teórico (CHARMAZ, 2006; STRAUSS, CORBIN, 2008).

O cenário do estudo foi a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de uma cidade de aproximadamente 400 mil habitantes, localizada ao Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu durante o período de setembro de 2011 a junho de 2012 nas cinquenta (50) unidades básicas de saúde. A seleção dos participantes, por amostragem teórica, foi intencional com os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro da SMS por no mínimo dois anos e ter atuado em pelo menos em uma das seguintes atividades: equipe saúde da família, coordenação da unidade básica de saúde e cargo administrativo junto ao nível gerencial; ser enfermeiro com *expertise* nos temas ‘liderança em enfermagem’ e ‘ABS’ bem como atuar em instituições de ensino superior.

O convite aos participantes ocorreu por contato telefônico para o local de trabalho com apresentação dos pesquisadores envolvidos e da metodologia da pesquisa. Caso obtivesse retorno positivo, era agendado um segundo encontro para realização da entrevista.

O primeiro grupo amostral foi composto por no mínimo um enfermeiro de equipe saúde da família de cada um dos cinco Distritos Sanitários, totalizando seis enfermeiros. A estratégia utilizada para a coleta de dados baseou-se em entrevista individual, semiestruturada, cuja questão inicial foi: como você compreende e exerce liderança na ABS? Quais elementos foram motivadores ou causaram o exercício da liderança na sua atuação profissional?

O encaminhamento das demais questões foi direcionado pelas pesquisadoras a partir das respostas dos participantes. No decorrer do processo de coleta e análise dos dados, percebeu-se a necessidade de incluir outros três grupos amostrais. O segundo grupo foi formado por sete enfermeiros coordenadores de UBS. O terceiro incluía dez enfermeiros que atuavam em gerências ou diretorias na esfera administrativa e o quarto grupo foi composto por sete enfermeiros, professores universitários, por apresentarem *expertise* no tema. No total, foram entrevistados trinta enfermeiros. Todas as entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Concomitante à coleta dos dados, realizou-se a análise dos mesmos como preconizado pela TFD, através da codificação aberta, axial e seletiva. Assim, os dados foram analisados manualmente linha a linha, visando verificar cada incidente e nomeá-lo com códigos preliminares.

Os códigos preliminares foram agrupados por semelhanças e diferenças, a fim de que fossem elaborados os códigos conceituais. Durante a codificação axial, os códigos conceituais foram reagrupados em conceitos mais abstratos, as categorias e subcategorias. A última etapa é a codificação seletiva, na qual os dados são relacionados e as categorias são refinadas para ganhar a forma de uma teoria. Desvela-se a categoria central, busca-se a consistência interna da teoria e procede-se a validação da mesma (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Realizou-se a validação do Modelo Teórico com três enfermeiros pesquisadores com *expertise* no método e no tema: dois enfermeiros vinculados à instituição de coleta de dados não participantes do estudo e um enfermeiro canadense com experiência em Saúde Pública. Neste processo, foram verificadas a coerência metodológica, a aderência temática e as possibilidades de abstração do Modelo Teórico.

Utilizou-se o modelo paradigmático elaborado por Strauss e

Corbin (2008) para a organização dos dados e apresentação do fenômeno “Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da Atenção Básica à Saúde”. Devido à relevância do componente condições causais na estrutura do modelo, optou-se por explorar separadamente seus conceitos e discuti-los com a literatura científica.

Destaca-se que as informações que identificavam os participantes na entrevista foram modificadas para preservar suas identidades. Empregou-se também o uso de pseudônimos formados pela letra P e um número ordinal correspondente à sequência das entrevistas realizadas (P1, P2 a P30).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fenômeno foi gerado pela categoria *Compondo o perfil do enfermeiro para liderança em saúde e sua importância nas organizações* é composto pelas seguintes subcategorias: Enfermeiros exercendo liderança mesmo sem cargo formal, Graduação como propulsora da liderança desenvolvida, *Percebendo a liderança como algo central nas organizações* e *Enfatizando características do enfermeiro líder*.

Enfermeiros exercendo liderança mesmo sem cargo formal

Muitos participantes ressaltam que nasceram com essa habilidade e desde criança possuíam carisma ou exerciam alguma influência sobre as outras pessoas. Por conseguinte, assumir cargos de representação ou de destaque nas instituições foi algo natural e quase que imediato na carreira profissional. Neste processo, alguns participantes se percebiam com mais liderança do que um chefe, por desenvolverem uma função legitimada, e não somente legalizada, como apresenta a fala:

Têm pessoas que nasceram para serem líderes. Eu vou te dizer que eu gosto de liderar. Eu nasci com esse espírito de líder. Eu já liderava na minha família [...]. Mas, acredito que isso é próprio do ser humano. Têm pessoas que já nascem com esse perfil de liderança e vão aperfeiçoando, são grandes líderes. E outros não têm o perfil e são estimulados a desenvolverem essa atividade, podendo, algumas vezes, não evoluir com sucesso (P10).

Relatam, ainda, que por ser um traço na sua personalidade, puderam se envolver na luta pelo reconhecimento e valorização da categoria. Buscaram melhores condições de trabalho, salário, formação em serviço e qualidade na assistência. Isso, porque acreditam que a Enfermagem não é filantropia e sim uma profissão essencial para o gerenciamento dos serviços de saúde e para o cuidado humano. Assim, a influência da liderança nas características pessoais do enfermeiro é considerada importante, pois o comportamento e a postura do líder servirão de exemplo a sua equipe (KIAN; MATSUDA; WAIDMANN, 2012). Para Cavalcante, Carpilovsky e Lund (2006), a verdadeira liderança emerge quando a equipe de trabalho resolve seguir o líder pela confiança em sua visão. Isso é uma escolha e não uma imposição.

Em especial, nas UBS, algumas atividades como: a previsão e controle de materiais e medicamentos, a gestão de pessoas, receber os novos profissionais, preencher os formulários dos programas de saúde como também coordenar a equipe de saúde da família e o serviço de saúde foram citadas por oportunizarem o exercício de liderança pelo enfermeiro. Embora a última atividade não seja imposta aos enfermeiros do estudo, os participantes percebem que se posicionam à frente dos serviços de saúde, por possuírem maior mobilidade e estarem menos presentes nos consultórios. Assim, são convidados a organizar o serviço, como se observa no depoimento:

Quando está faltando alguém do administrativo, aí fica complicado ficar cobrando algumas coisas deles [dos demais profissionais], se eles não dão conta nem do trabalho deles. Aí acaba que a gente, o enfermeiro, assume muita coisa, que talvez a gente poderia delegar para outra pessoa. Mas, assumimos porque não tem para onde correr, você assume ou você assume! (P3).

Evidencia-se que as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na ESF estão relacionadas à estrutura física e à falta de mais profissionais de saúde, pois, na ausência de alguns membros da equipe, o enfermeiro deixa de cumprir seu papel para realizar outras atividades (RANGEL et al., 2011).

Corroborando com esse achado, Vicenz, Girard e Luca (2010) asseveram que a liderança do enfermeiro não ocorre de forma natural na ABS. Ela é entendida como produto da dinâmica do processo de

trabalho, tendo em vista que ocupa o cargo de gerente em muitas UBS. Desta forma, o enfermeiro torna-se líder devido às funções que realiza (VICENZ; GIRARD; LUCA, 2010). Em síntese, ao mesmo tempo que o enfermeiro influencia o serviço de saúde com suas características e exemplos, permite-se ser modificado pelo movimento e dinâmica desenvolvido na UBS. É um ciclo em que se evidencia a experiência da autonomia e liberdade no exercício da dependência da sociedade e da natureza (MORIN, 2008b).

Destaca-se que quando os enfermeiros não ocupam cargos ou funções formais de coordenação, estabelecem parcerias. Assumem-se demandas gerenciais e são resolvidos muitos problemas e conflitos que surgem no dia-a-dia. Os participantes relacionam esta atitude à dinâmica de trabalho do enfermeiro, que realizam atividades assistenciais concomitantes às ações gerenciais. Enfatiza-se que as duas dimensões se complementam e são interdependentes, pois quando o enfermeiro se afasta de alguma delas, apresenta fragilidades, pois o saber gerencial potencializa o saber clínico e vice-versa.

O processo de trabalho do enfermeiro constitui-se de diferentes dimensões, consideradas complementares, dentre as quais se destacam a dimensão assistencial e a gerencial. Na primeira, o enfermeiro adota como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral. No segundo, são adotadas como objetos a organização do trabalho e a coordenação dos recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado aos pacientes e de desempenho para os trabalhadores (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Nesse sentido, o exercício de liderança do enfermeiro é mais um componente do complexo conjunto do ser e fazer Enfermagem, sendo a articulação de todas as dimensões mais do que a soma das partes (MORIN, 2008b). Ao contrário de uma atividade assistencialista, reducionista e simplificadora, as práticas de liderança compreendem em si a interdependência com os demais elementos do ser enfermeiro, as influenciam e são influenciadas; geram novas associações e interações.

Os participantes acreditam que o enfermeiro é reconhecido pela equipe e comunidade como uma referência, seja por um perfil diferenciado de liderança sensível aos problemas sociais da comunidade ou por assumir muitas responsabilidades junto aos serviços de saúde. Assim, diferente de outros profissionais da equipe de saúde que têm dificuldade para se inserir em problemas sociais da comunidade por uma atuação mais tecnicista, a Enfermagem tem um potencial de envolvimento maior (VICENZ; GIRARD; LUCA, 2010).

Graduação como propulsora da liderança desenvolvida

A liderança é percebida pelos participantes como uma habilidade que pode ser desenvolvida na formação superior em Enfermagem. O primeiro motivo a ser citado em relação à formação foi o fato do tema liderança estar inserido na disciplina curricular obrigatória para a Enfermagem. Esse propicia, inclusive, estágios com exercício práticos sobre gestão e gerenciamento de serviços hospitalares e na saúde pública. Os participantes percebem que existe uma preocupação dos professores em relação ao aprendizado e à vivência dos conteúdos lecionados em sala de aula nos campos de ensino, como ilustram as falas a seguir:

Claro que eu ainda percebo que os enfermeiros têm um papel de destaque, porque nós temos essa cadeira de liderança e de administração na academia, na formação... e, às vezes, as outras profissões não têm. Então, a gente percebe que onde tem um enfermeiro na coordenação, a coisa flui melhor, e isso o gestor também percebe. [...] Além disso, sou de uma época em que a Enfermagem estava conquistando espaços, se inserindo na Atenção Básica com maior vigor. Por esse motivo, nossos professores eram grandes inspiradores para uma prática séria e preocupada com a qualidade do atendimento (P10).

Embora, encontrem obstáculos no exercício da liderança e fragilidades na formação, aponta-se que essa pode ser aprendida, especialmente, a partir de experiências vivenciadas no cotidiano (SANTOS;CASTRO, 2010). No que tange ao processo de ensino aprendizagem da liderança durante a graduação, identifica-se a existência de lacunas evidenciadas pelo pouco tempo demandado ao ensino de tal competência e distanciamento dos docentes da prática assistencial (AMESTOY et al., 2010).

Para Morin (2008a), a formação com a conotação de modelagem tende a ignorar a autonomia e independência para buscar e articular o conhecimento, a fim de se evitar a acumulação estéril. Entretanto, estudantes de enfermagem apontam como uma experiência valiosa a realização de estágios práticos em gestão e gerenciamento em enfermagem, na qual conseguem experimentar a implementação de mudanças, articulação com a equipe de trabalho e avaliação dos

resultados, apesar de reconhecerem a necessidade de aprimoramento constante (CECHINEL et al., 2012).

O segundo aspecto identificado pelos participantes foi o aumento de interesse progressivo em dominar essa ferramenta de gestão tendo em vista a necessidade de exercer liderança durante a supervisão da equipe de enfermagem, coordenação das unidades de saúde e coordenação dos cuidados de enfermagem. Para alguns, o exercício de liderança durante o curso de graduação foi uma prática frequente, com reflexo direto em seu exercício profissional atualmente.

Nesse sentido, verifica-se que o exercício da supervisão, a qualificação da equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde são intrínsecos à atuação do enfermeiro bem como realizar o cogerenciamento da unidade de saúde (RANGEL et al., 2011). Potencializa-se, assim, o desenvolvimento de iniciativa, responsabilidade e liderança durante a formação do graduando o reconhecimento de suas atribuições como profissional junto à equipe e ao serviço de saúde (CECHINEL et al., 2012).

Entretanto, existe a clareza de que o desenvolvimento de liderança é uma constante na vida profissional dos enfermeiros. Portanto, o curso de graduação é somente o primeiro espaço formal para desenvolvê-la

Percepção da liderança como algo central nas organizações

Nesta subcategoria, os participantes compreendem a liderança como a chave das organizações, em especial nos serviços de saúde. Uma vez que a gestão em saúde tem sido considerada um processo em construção, os participantes afirmam que a liderança deve ser entendida e utilizada de forma mais eficiente, com investimento em pessoal qualificado e desenvolvimento de pessoas.

Os participantes sustentam esta ideia ao afirmar que a liderança não está atrelada a um cargo, ou seja, a diferença está na forma de agir e de como articular elementos para se alcançar as metas. Nesse sentido, a associação de cargo e a liderança de gestor demonstram ser a articulação perfeita para condução do grupo e têm autonomia para prover mudanças significativas no processo de trabalho e estrutura física, como se observa na fala:

Não importa quem está lá no cargo. Isso eu fiz na minha gestão, articulando as forças, os poderes internos, aquelas coisas... As pessoas olham

primeiro pelo poder ou quem é que vai ter o cargo, como se a liderança fosse ter cargo, entende? E pra mim, liderança não é o ter cargo, liderança é você saber como fazer. O cargo sempre ajuda, mas você precisa ter espírito de liderança, ser empreendedor e lutar pelas conquistas, isso faz a diferença. (P27)

As grandes mudanças que vêm ocorrendo no mundo dos negócios impactam diretamente a economia mundial e reestruturam tanto o ambiente empresarial como a esfera pública. Verifica-se que as organizações públicas foram conduzidas no decorrer dos anos para rever suas estruturas e processos de trabalho. Portanto, são utilizadas diversas estratégias, dentre elas a liderança, visando assegurar o melhor desempenho e resultados em cada setor (PABLO et al., 2007). Especificamente na área da saúde, constatou-se que enfermeiros gerentes ou coordenadores com estilos de liderança vinculados às abordagens relacionais foram associados à redução dos eventos adversos, complicações e mortalidade e ao aumento da satisfação do paciente (WONG; CUMMINGS, 2007).

Também é destacado pelos participantes que os enfermeiros têm oferecido um suporte gerencial e de liderança importante para a condução dos projetos da Atenção Básica à Saúde. Desta forma, conseguem agregar valores fundamentais para coordenação das equipes no nível central. Isto é, eles demonstram conhecimento teórico-prático, liderança e ocupam cargos que lhes conferem certa autonomia para realizar as adaptações quando necessário, como ilustra a fala:

Se não fossem os enfermeiros, a gente não teria a mesma Secretaria de hoje, ou seja, uma Secretaria forte, uma Secretaria mobilizada. A gente fala que quem carrega o piano na Secretaria são os enfermeiros. A gente tem muito cargo de gerência dentro do nível central como enfermeiros, e grandes cargos, cargos importantes também (P14).

Salienta-se assim a liderança do enfermeiro como central no desenvolvimento das dos serviços de saúde nos quais está inserido.

Enfatizando características do enfermeiro líder

Nesta subcategoria, apresentam-se as principais características do

enfermeiro líder descritas pelos participantes. O *domínio teórico e prático do cuidado de enfermagem e a administração em saúde* foram citados por todos os participantes como principais aspectos para atuar com segurança na dimensão clínica e conduzir o grupo de trabalho.

O fato de ter na sua formação disciplinas relacionadas à gestão e administração em saúde coloca o enfermeiro em destaque na equipe por *atuar de forma mais sistêmica*. O interesse em conhecer os fluxos de informações e a articulação dos saberes gerenciais ao cuidado direto ao paciente tornam sua prática a combinação ideal para fazer com que o enfermeiro se mantenha atualizado em relação às melhores estratégias para aperfeiçoar os processos e trazer qualidade à assistência, como ilustra a fala:

Não sei, mas, talvez pelo fato do enfermeiro ser formado para ter uma visão sistêmica, para poder olhar e enxergar todos os detalhes de um processo. Eu acho que isso, é um ponto que eu acho que ajuda muito o enfermeiro na hora de assumir uma gerência, uma diretoria. Que é necessário, que ele como um gestor, enxergue, veja todos os contextos envolvidos. Então assim, nesse ponto, a gente tem um fator que diferencia, mas nem todo o enfermeiro tem essa visão (P16).

Foi destacado que o domínio teórico e prático na área das ciências médicas tem sido utilizado como um instrumento de poder entre os profissionais de saúde. Por esse motivo, os participantes afirmam que o enfermeiro deve utilizar seu saber para conseguir o respeito do grupo, estabelecer e consolidar seu conhecimento técnico no seu local de trabalho, seja na unidade básica de saúde ou em nível central.

Dentre as qualidades essenciais para o exercício da liderança, o conhecimento foi citado por enfermeiros, os quais reforçam que esse não deve se limitar ao conhecimento técnico (BUCHANAN et al. 2006; STRAPASSON, MEDEIROS, 2009). Mas, deve ser constantemente buscado, mesmo após a graduação, por ser elemento inerente não somente à liderança de enfermagem, mas também ao profissionalismo (AMESTOY et al., 2009a).

Com relação à atuação sistêmica, a Enfermagem é uma profissão central no sistema de saúde, na qual o enfermeiro se destaca por ser eminentemente social. Compreende o ser humano não como um ser doente, mas como um ser complexo, capaz de se auto-organizar,

devendo conduzir sua terapêutica e história de vida (BACKES; BACKES; ERDMANN, 2011).

Os participantes acreditam que o líder é uma *referência de organização, de solução de problemas e de responsabilidade*. Esses três aspectos sempre se apresentavam interrelacionados, uma vez que o enfermeiro é compreendido como indutor da organização do trabalho em equipe. O enfermeiro possui um olhar diferenciado mais humano e social sobre a prática. Nesse sentido, consegue agir sobre algumas necessidades dos usuários para além da dimensão biomédica, como ilustra a fala:

Não está escrito que o enfermeiro é o coordenador da equipe em nenhum documento, mas a partir do momento que ele coordena os agentes, ele acaba coordenando toda a equipe. [...] Para outras questões, o enfermeiro também tem um papel indutor de organização do processo de trabalho, o que exige responsabilidade e resolutividade. Então, onde a gente consegue puxar isso, a equipe caminha bem (P14).

Os enfermeiros percebem-se com uma grande responsabilidade para manter o serviço funcionando com condições adequadas, tanto para os usuários quanto para os profissionais, haja vista a rotatividade dos demais profissionais, em especial os médicos e por atuarem, muitas vezes, como coordenadores das unidades de saúde.

Os participantes percebem que o exercício da liderança pelo enfermeiro tem como foco a qualidade da assistência, a *resolutividade* e ampliação do acesso à saúde. Assim, mesmo quando o enfermeiro não é coordenador da unidade de saúde, assume como suas algumas demandas organizacionais a fim de concretizar o alcance das metas. A exemplo, os participantes citam o desafio de serem acionados pelos demais profissionais quando algo imprevisto acontece. Assim, percebe-se que, no final do dia, sua agenda esteve repleta de atividades inesperadas e elaboração de estratégias coletivas e individuais.

Atuar com responsabilidade, respeito, maleabilidade/flexibilidade pode minimizar os conflitos existentes entre o enfermeiro e a equipe assistencial (GUERRA et al., 2011). O reconhecimento dos processos que geram conflitos, desordem, irregularidade, desvios e acaso oportunizam o exercício da criatividade, da inovação e da evolução (MORIN, 2008b).

Em outro estudo, enfermeiros associaram a responsabilidade à necessidade de dar o exemplo. Desta forma, o respeito entre os trabalhadores poderá ser fortalecido; pode também influenciar o comportamento dos demais a desenvolver esta mesma característica (AMESTOY et al., 2009a). No que tange à resolutividade, todo o conjunto de ações desempenhadas pelo enfermeiro que atua na saúde pública tem por fim trazer uma resposta ou solução ou encaminhamento para as queixas do usuário de saúde, superando fragmentações a fim de assegurar a continuidade do cuidado (SAWYER et al., 2013).

Ter *senso de justiça* foi citado como fundamental para o enfermeiro líder, pois esse precisa saber o momento adequado de solicitar mudanças no comportamento dos funcionários ou mesmo encaminhar o processo para instâncias superiores, ao identificar problemas na conduta ética ou clínica dos profissionais da equipe, como esclarece o entrevistado:

Ser justa é muito delicado, porque você tem que trabalhar com muitos elementos. Tem que ser neutra; tem que às vezes impor; às vezes tu tem que voltar atrás; às vezes tu tem que ser legal; às vezes tu não consegue ser muito legal (P9).

Esta característica não se aprende na faculdade; é formada ao longo da vida e pode ter compreensões diferentes à sua aplicabilidade. Entretanto, trabalhar com senso de justiça é atuar com ética e respeito quanto às competências profissionais e necessidades da população (BERTI, 2011).

Outro elemento facilitador para exercício de liderança do enfermeiro e aplicação efetiva do senso de justiça é a compreensão de que os profissionais possuem uma autonomia relativa e a interdependência é essencial para articulação do grupo. Ou seja, o *espírito de equipe* é uma característica que promove a minimização das relações de poder e de dominação.

Segundo os participantes, esta noção beneficia o trabalho em equipe, pois o enfermeiro se propõe a integrar os profissionais de saúde e compartilhar a tomada de decisão. Precisa tornar as relações mais horizontais e permitir a troca de informações. Estudos indicam que na ausência ou distanciamento do espírito de equipe pelo enfermeiro, podem desencadear conflitos e a resistência dos funcionários às novas práticas e falta de respeito entre profissionais. Nesse sentido, o processo de mediar conflitos deve ser permeado pelo diálogo e respeito

(SPAGNOL, 2011).

Consequentemente, as relações se tornam mais harmoniosas e o *respeito* passa a se tornar uma relevante característica nas relações e interações do enfermeiro.

Tendo em vista o contexto de relações e movimentos de disputa de poder, os participantes afirmam ainda que, por meio de um tratamento respeitoso se alcança uma liderança autêntica, ou seja, sem imposições e autoritarismo. Segundo o participante, o interesse da equipe em fazer determinada ação com satisfação, é resultado de um trabalho conjunto pautado na confiança e no respeito:

Para mim, liderança é a capacidade que uma pessoa tem de comandar um grupo sem necessitar mandar. Um líder, ele faz junto; ele é capaz; ele tem um poder de conquistar as pessoas que estão ao seu redor em prol da realização de alguma coisa. E pelo fato, de existirem vários chefes, que fazem a mesma coisa, mandam fazer; mas, pra mim, liderança não é você impor autoridade, é você ganhar confiança dos seus subordinados, para que uma ação seja executada e todos tenham satisfação naquilo, que todos tenham orgulho daquilo no final (P16).

Ser *flexível* foi apontado como algo importante para o líder. A flexibilidade é concebida no sentido de oportunizar relações mais horizontalizadas, uma relação mais democrática e compreensiva. Os participantes entendem que, preservando a segurança do paciente, ao permitir mudanças na dinâmica de trabalho, consegue-se motivar o funcionário individualmente e permitir impactos na equipe de enfermagem, ou seja, o exercício de colaboração e solidariedade. Identifica-se este achado no seguinte relato:

Eu considero muito positiva minha atuação na organização do serviço, porque eu procuro ver se está tudo funcionando, se não, vamos experimentar outra opção, outro caminho. Por exemplo, há mais de um ano atrás trabalhávamos com agendamento mensal, e a gente começou a escutar muita reclamação. Os usuários chegavam de madrugada... tinha em torno de 60, 70 pessoas. Aquele que chegou no final da fila não tinha atendimento, só no mês que vem. Então,

chegamos em uma reunião mensal de equipe e falamos: vamos experimentar o agendamento semanal. Claro que a gente continua trabalhando com o acolhimento para as urgências e emergências. Mas, organizamos de forma geral a demanda programada. E a população aderiu muito bem. A gente tenta ver alternativas, se elas começam a não funcionar, a gente descarta e vamos para outra (P2).

Relações nas quais se busque a formação de vínculo têm como base o respeito e tendem a ser duradouras. Assim, torna-se uma condição para relações saudáveis entre trabalhadores da enfermagem o foco no ser humano e suas necessidades, a flexibilidade, a motivação, o comprometimento e a realização pessoal (THOFEHRN, 2005).

Mas, os participantes da pesquisa enfatizam que liderar também é um processo que exige tempo, tanto para conseguir executá-la, quanto para ver seus resultados. Assim, o enfermeiro líder deve ter *paciência e criatividade* para superar os atritos nas relações interpessoais, falta de recursos materiais e de pessoal. Ainda, visando ao alcance de maior qualidade e eficiência no processo de liderança, tanto o *amadurecimento pessoal como o profissional* do enfermeiro foram citados como essenciais.

Embora seja reconhecido que o jovem enfermeiro possa exercer significativa liderança no seu grupo de trabalho, a pouca experiência clínica e gerencial pode limitar sua atuação, repercutindo em insucesso. O tempo de experiência pode promover o amadurecimento e aprimorar o exercício de liderança (PAULA et al., 2012). Entretanto, a experiência profissional de forma isolada pode não ser a receita para uma liderança de sucesso (BOYLSTON; PETERS, 2004). Habilidades como liberdade criativa, coragem e disposição são destacadas na literatura para envolver a equipe nas diversas etapas de planejamento e gestão (LANZONI; MEIRELLES, 2011).

Segundo os participantes, quando se inicia um novo projeto ou uma nova equipe, é sempre um processo difícil, pois envolve o desconhecido e incertezas. Entretanto, depois de ter vivenciado algumas vezes essa mesma situação, passa-se a ter conhecimentos para além do teórico, ou seja, ampliam-se as noções de relacionamento interprofissional, interdepartamental, interinstitucional e assim por diante. Conforme informado, os participantes passam a dominar outros saberes e atuam com mais confiança, segurança e determinação:

A primeira coisa, que vejo por nós aqui, é paciência. É uma coisa que tem que ter. Até em atendimento à comunidade. Paciência que gera equilíbrio, inclusive no processo de liderar grupos... [...] Queria dizer que fazer liderança é muito difícil, ser líder é muito difícil. Na verdade, é um processo de muito amadurecimento ao longo do tempo. Hoje eu me sinto preparada, mas eu tive uma época em que me sentia insegura. Com o tempo, se ganha experiência para lidar com as questões clínicas e os problemas do sistema, mais administrativos. (P3).

O fato de *potencializar a liderança nos demais membros* da equipe faz com que se sintam motivados a sempre buscarem outras possibilidades de ação, melhores condições de trabalho e de atendimento para a comunidade. Segundo o participante:

Quando as coisas passam muito tempo paradinhas, muito normal... Aí eu me sinto mal. Não sinto que estou sendo uma boa liderança nesses períodos, uma boa coordenadora. Penso que devo estimular constantemente... Estimular liderança, pró-atividade, companheirismo. Estimular a busca por problemas e soluções... Quando as coisas não mudam, sinto-me vencida pela resistência das pessoas. Gosto de mudança; gosto de desafios (P8).

Os processos de mudança podem provocar respostas negativas dos trabalhadores, entretanto, o líder poderá incentivar o grupo em busca das metas desejadas (LANZONI; MEIRELLES, 2011). Amestoy (2012) sustenta que a liderança dialógica, fundamentada no estabelecimento de um processo comunicacional eficiente, é capaz de estimular a autonomia, a corresponsabilização e a valorização de cada membro da equipe e usuários de saúde. Desta forma, as práticas de liderança do enfermeiro estão relacionadas à construção de novos líderes, na busca por melhores práticas em saúde. O enfermeiro também age em conformidade com as políticas públicas de incentivo à cogestão e o protagonismo (BRASIL, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No complexo contexto da ABS, o enfermeiro exerce a liderança motivado por um conjunto de elementos vinculados à sua personalidade, ao estímulo na formação profissional, às características próprias da profissão e por influência do ambiente, no qual a liderança é central para o seu desenvolvimento, que culminaram na formação da categoria *Compondo o perfil do enfermeiro para liderança em saúde e sua importância nas organizações*.

Evidencia-se que há o distanciamento do enfermeiro de atividades relacionadas ao cuidado direto à população, devido ao seu envolvimento às questões gerenciais e/ou à falta de profissionais nas UBS. Esta situação oportuniza uma mobilidade ao enfermeiro, que assim potencializa sua capacidade de liderança e consolidação na gestão dos serviços de saúde com uma atuação mais sistêmica. Entretanto, a atuação como cuidador deve ser resgatada, visando à manutenção de suas contribuições na equipe de saúde e para fortalecer a complementariedade do binômio líder-cuidador, que para este estudo são elementos interdependentes.

Estimular a liderança nos demais membros da equipe de saúde apresenta-se como uma característica do enfermeiro, que está intensamente relacionada com as políticas de saúde e contribui para incentivar a atuação e integrada dos trabalhadores.

Este estudo apresentou como limitações, como opção metodológica, a coleta de dados restrita a enfermeiros dos diversos níveis hierárquicos da ABS de um município do Sul do País e professores de Enfermagem. O foco foi no olhar sob a perspectiva de quem realiza a liderança. Nesse sentido, sugere-se para futuros estudos que sejam investigadas as contribuições do enfermeiro para o exercício de gestão e liderança a partir da perspectiva dos membros da equipe multiprofissional de saúde na ABS.

REFERÊNCIA

AMESTOY, S.C. **Liderança dialógica**: perspectivas na formação de enfermeiros-líderes. 2012. 238p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

AMESTOY, S.C. et al. Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n.5,

p. 673-678, 2009a.

_____. Processo de formação de enfermeiros líderes os líderes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.6, p. 940-945, 2010.

BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; ERDMANN, A.L. A prática social sistêmica do enfermeiro na perspectiva luhmanniana. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n.1, p. 116-121, 2011.

BERTI, H.W. Da percepção de impotência à luta por justiça na assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 2271-2278, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BOYLSTON, M.T.; PETERS, M.A. Interim leadership in an era of change. **International Journal Nursing Education Scholarship**, Cambridge, v.1, n. 1, 2004.

BUCHANAN, D. et al. The effects of respite care for homeless patients: a cohort study. **American Journal of Public Health**, Nova York, v.96, n.7, p.1278-1281, 2006.

CAVALCANTE, V.L.S.; CARPILOVSKY, M.; LUND, M. **Liderança e motivação**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

CECHINEL, C. et al. Vivência gerencial de acadêmicos de enfermagem: em pauta a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.2, n.1, p. 190-197, 2012.

CHARMAZ, K. **Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis**. New York: Sage Publications Limited, 2006.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Campus, 2009.

CUNHA, C.J.C.A. et al. **Gestão e liderança em Unidades Básicas de**

Saúde. Florianópolis: Padion, 2011. 176p.

DIMITROV, V. **Liderança e mudança:** uma perspectiva complexa. 2003. Disponível em: <<http://www.teoriadacomplexidade.com.br/textos/teoriadacomplexidade/Lideranca-e-Mudanca.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2011.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem.** São Paulo: Guanabara Koogan, 2010. p.1-13.

GUERRA, S.T. et al. O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.19, n.2, p. 362-369, 2011.

KIAN, K.O.; MATSUDA, L.M.; WAIDMANN, M.A.P. Compreendendo o cotidiano profissional do enfermeiro-líder. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste,** Fortaleza, v.12, n.4, p.724-731, 2012.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Leadership of the nurse: an integrative literature review; Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura; Liderazgo del enfermero: una revisión integradora de la literatura. **Revista latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.19, n.3, p. 651-658, 2011.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008a.

_____. **Ciência com consciência.** 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008b.

_____. **Introdução ao pensamento complexo.** 4 ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

PABLO, A.L. et al. Identifying, enabling and managing dynamic capabilities in the public sector. **Journal of Management Studies,** v.44, n.5, p. 687-708, 2007.

PAULA, G. F. et al. Concepções de liderança entre enfermeiras assistenciais de um hospital do norte de Minas Gerais. **Revista**

Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.14, n.4, p. 821-830, 2012.

RANGEL, R.F. et al. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.16, n.3, p.498-504, 2011.

SANTOS, I.; CASTRO, C.B. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n.1, p. 154-160, 2010.

SAWYER, M.G. et al. Nurse perceptions of family home visiting programmes in Australia and England. **Journal of paediatrics and child health**, Boston, v.49, n.5, p. 369-374, 2013.

SPAGNOL, C.A. Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.9, n.4, p. 822-827, 2011.

STRAPASSON, M.R.; MEDEIROS, C.R.G. Liderança transformacional na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n. 2, p. 228-233, 2009.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

THOFEHRN, M.B. **Vínculos profissionais: uma proposta para o trabalho em equipe na enfermagem**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

VICENZ, R.B.; GIRARD, M.W.; LUCAS, A.C.S. Leadership in Family Health (PSF): a view through the perspective of power flow. **Saúde&Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n.1, p. 82-87, 2010.

WONG, C.A.; CUMMINGS G.G. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 15, n. 5, p. 508-521, 2007.

5.5 MANUSCRITO 5 - REVELANDO A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO NO COMPLEXO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

REVELANDO A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO NO COMPLEXO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo com o objetivo de compreender o significado da liderança exercida pelos enfermeiros inseridos nos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS) de um município do Sul do Brasil. Utilizaram-se a Teoria Fundamentada nos Dados como método e o pensamento complexo como referencial teórico. A coleta dos dados ocorreu baseada em entrevista semiestruturada com trinta enfermeiros vinculados à ABS e professores universitários, distribuídos em quatro grupos amostrais. A ABS como contexto complexo que influencia o enfermeiro para as práticas de liderança, as quais também são geradas pela personalidade, formação superior e características da profissão. As condições intervenientes foram: confiança e experiência, limitações nas condições de trabalho e supervisão tradicional. Como estratégias foram: planejamento, comunicação e aperfeiçoamento de potencial individual e de equipe. O estímulo à liderança foi a consequência. A liderança é um processo relacional; é um recurso do enfermeiro no processo de cuidar e gerenciar que tende a potencializar a integralidade do atendimento em saúde por sua atuação multiprofissional e interdisciplinar.

Descritores: Liderança; Enfermagem; Administração Pública; Organização e Administração; Atenção Básica à Saúde.

REVEALING THE LEADERSHIP OF NURSES IN THE COMPLEX CONTEXT OF PRIMARY HEALTH

ABSTRACT

This is a qualitative study aiming to understand the meaning of leadership exercised by nurses placed in the services of Primary Health Care (PHC) in a city in the south of Brazil. The method used was the Grounded Theory and the theoretical reference as complex thinking. Data collection occurred through semi-structured interviews with 30 nurses linked to Primary Health Care and academics, distributed in four sample groups. The Primary Health Care as a complex context that influences nurses for leadership practices, which are also generated by personality, higher education and characteristics of profession.

Intervient conditions were: confidence and experience, limitations on working conditions and traditional supervision. The strategies were: planning, communication, improvement of individual and team potential. The outcome was encouraging leadership. Leadership is a relational process, recourse in the nurse's caring and managing process that tends to enhance the comprehensiveness of health care by its multidisciplinary and interdisciplinary performance.

Keywords: Leadership, Nursing, Public Administration, Organization and administration; Primary health.

EL LIDERAZGO DEL ENFERMERO EN EL COMPLEJO CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo con el objetivo de comprender el significado del liderazgo ejercido por los enfermeros vinculados a los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) en una ciudad al sur de Brasil. Como metodología de investigación se utilizó la Teoría Fundamentada, y como marco teórico el pensamiento complejo. La recolección de datos se hizo a través de entrevistas semiestructuradas con treinta enfermeros vinculados a la Atención Primaria de Salud y con profesores universitarios, distribuidos en cuatro grupos de la muestra. La Atención Primaria de Salud como un contexto complejo que influye en el enfermero para las prácticas de liderazgo, que también se generan por la personalidad, la formación superior y las características de la profesión. Las condiciones intervinientes son: la confianza y la experiencia, las limitaciones en las condiciones de trabajo y la supervisión tradicional. Las estrategias son: la planificación, la comunicación y la mejora del potencial individual y del equipo. Fomentar el liderazgo es el resultado. El liderazgo es un proceso relacional, un recurso del enfermero en el proceso de cuidar y administrar que tiende a mejorar la integralidad de la atención por su trabajo multidisciplinar e interdisciplinario.

Palabras clave: Liderazgo; Enfermería; Administración Pública; Organización y administración; Atención Primaria de salud.

INTRODUÇÃO

O enfermeiro é considerado um profissional diferenciado nos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS). Esse possui um conjunto de habilidades único, pois incorpora ações de promoção da saúde e

prevenção de doenças bem como complementa atividades de vários outros trabalhadores de saúde. Entretanto, a competição, as disputas pela liderança e a confusão sobre o papel do enfermeiro neste cenário têm dificultado a colaboração entre os profissionais. Para superar essas fragilidades, aponta-se o fortalecimento da liderança como uma possibilidade de ampliar a visibilidade das atividades do enfermeiro e construir relações de trabalho colaborativas (MERKELEY; FRASER, 2008).

Neste sentido, constatou-se em uma ampla revisão sistemática que os estilos de liderança de enfermagem com abordagens relacionais foram associados à redução dos eventos adversos, complicações, mortalidade bem como o aumento da satisfação do paciente (WONG; CUMMINGS, 2007). Verificou-se em outro estudo a relação positiva entre liderança transformacional do enfermeiro e a intenção do pessoal de enfermagem em permanecer em seu trabalho (COWDENT et al., 2011), especialmente, no contexto hospitalar. Assim, ressalta-se que a liderança do enfermeiro na ABS e suas repercussões tanto na saúde dos pacientes quanto no desempenho da equipe de saúde ainda é um tema que necessita de maior aprofundamento.

Com relação à ABS, há evidências de experiências exitosas em sistemas de saúde que a priorizam como modelo de atenção à saúde. O destaque é para a redução do número de procedimentos caros e de outros recursos, assim a organização do atendimento a partir das características e necessidades da população, a incorporação do conceito de equidade e o oferecimento de serviços com maior qualidade por terem como foco a promoção da saúde e a prevenção de doenças (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003).

Vale destacar que cada país organizou de forma diversificada suas redes de serviços de saúde e de atendimento à população. Enquanto no Canadá, a ABS oferece serviços de saúde, distribuídos conforme o foco de intervenção - *med centre, public health centre, homecare* -, no Brasil, o atendimento à população centraliza-se nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Nas UBS, o enfermeiro generalista deve atender às pessoas em qualquer faixa de idade, com demandas programática e espontânea para realizar ações de prevenção e tratamento de doenças bem como a promoção da saúde (BRASIL, 2011). Neste cenário, há significativa concentração de fluxos de poder sobre o enfermeiro. Isso oportuniza uma liderança inevitável, causada também por omissão ou acomodação dos demais profissionais (VICENZ et al., 2010). Assim, questiona-se: como os enfermeiros experienciam e significam o exercício da liderança

nos serviços de ABS?

Considera-se que, para este estudo, liderança é uma influência interpessoal exercida em uma dada situação para consecução de um ou mais objetivos (CHIAVENATO, 2009); e que os líderes em saúde são agentes de mudança que podem criar coesão e influenciar positivamente a cultura organizacional de acordo com seu comportamento e práticas de liderança (CHIAVENATO, 2009; CUMMINGS et al., 2008), vislumbra-se a necessidade de conhecer como os enfermeiros brasileiros compreendem sua liderança no contexto da ABS.

Assim, este estudo teve por objetivo compreender o significado da liderança exercida pelos enfermeiros inseridos nos serviços de ABS de um município localizado ao Sul do Brasil, na elaboração de um modelo teórico.

REFERENCIAL TEÓRICO

Os sistemas de saúde estão relacionados aos outros sistemas e setores sociais, opondo-se, desta forma, ao conceito de um sistema fechado e estático. Ou seja, são sistemas abertos considerados complexos por sofrerem influência dos demais elementos e estruturas relacionados, por se apresentarem em constante mudança bem como incorporarem o conflito, a diversidade e o caos (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

A liderança, por ser um fenômeno relacional, exige também uma perspectiva mais ampla e que possibilite franca integração entre as múltiplas dimensões do seu ser e fazer. Neste estudo, toma-se o pensamento complexo como referencial teórico, pois resgata a ideia de que não se pode eliminar o incerto nem o contraditório. Busca-se restituir as relações, as articulações e as interdependências para compreensão da totalidade, isto é, aquilo que é tecido junto (MORIN, 2008b).

Assim, a complexidade comporta em si o princípio dialógico, no qual noções contraditórias não são consideradas excludentes e sim complementares. Portanto, oportunizam compreensões dos diversos aspectos do fenômeno estudado, compreendidas como interdependentes para a formação do todo (MORIN, 2008b).

METODOLOGIA

Utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico, pelo seu potencial de oferecer maior

compreensão sobre o fenômeno e fornecer um guia importante para a ação (STRAUSS, CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2006).

O cenário elegido para a realização da pesquisa foi a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de um município de aproximadamente 400 mil habitantes localizado no Sul do Brasil. No que concerne a ABS, o município possui 50 UBS, distribuídas em cinco Distritos Sanitários.

A coleta de dados ocorreu durante o período de setembro de 2011 a junho de 2012. A seleção dos participantes foi intencional, apoiada nos critérios de inclusão e na amostragem do tipo 'bola-de-neve'. Foram critérios de inclusão para participar da pesquisa: ser enfermeiro da SMS por no mínimo dois anos e ter atuado pelo menos em uma das seguintes atividades: equipe saúde da família, coordenação da unidade básica de saúde e cargo administrativo junto ao nível gerencial; ser enfermeiro com *expertise* nos temas 'liderança em enfermagem' e 'ABS' bem como atuar em instituições de ensino superior e/ou em órgãos de representação profissional.

Para formação do primeiro grupo amostral, selecionou-se um enfermeiro de equipe saúde da família de cada um dos cinco Distritos Sanitários. No decorrer do processo de coleta e análise dos dados, percebeu-se a necessidade de incluir outros três grupos amostrais. No total, foram entrevistados trinta enfermeiros, distribuídos em grupos, conforme apresentado no Quadro 10:

Grupos amostrais	Participantes	Número
1º	Enfermeiros de Equipe da Estratégia Saúde da Família	6
2º	Enfermeiros Coordenadores de UBS e de Distritos Sanitários	7
3º	Enfermeiros que atuam no nível central da SMS	10
4º	Enfermeiros com <i>expertise</i> no tema - professores universitários	7
Total		30

Quadro 10: Distribuição dos grupos amostrais segundo o número e o tipo de participante.

Fonte: Elaborado pela autora.

O recrutamento dos participantes ocorreu por contato telefônico para o local de trabalho com apresentação dos pesquisadores envolvidos e da metodologia da pesquisa, com posterior convite ao sujeito para participar do estudo. Caso se obtivesse retorno positivo, era agendado um segundo encontro para realização da entrevista.

A coleta de dados foi realizada com entrevista individual,

semiestruturada, cuja questão inicial foi: Fale-me como você compreende e exerce sua liderança na ABS? O encaminhamento das demais questões foi direcionado pelas pesquisadoras a partir das respostas dos participantes. À medida que a coleta e a análise dos dados avançavam, novos grupos amostrais foram formados a fim de buscar o detalhamento dos conceitos e maior compreensão do fenômeno. As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

A análise dos dados na TFD ocorreu concomitantemente com a coleta dos dados, através da codificação aberta, axial e seletiva e prevê comparação constante para emergência do fenômeno (STRAUSS, CORBIN, 2008; CARMAZ, 2006). Assim, os dados foram analisados manualmente linha a linha com o objetivo de identificar cada incidente e nomeá-lo com códigos preliminares, comparando frases, passagens e incidentes.

Em seguida, os códigos preliminares foram reunidos, por semelhanças e diferenças a fim de que fossem elaborados os códigos conceituais. Esses foram reagrupados visando relacionar as categorias às suas subcategorias, no sentido de obter uma explicação mais clara e completa sobre o fenômeno, assim como as suas propriedades e dimensões. Questionamentos como “Como este processo se desenvolve? O que influencia o fenômeno? Onde o fenômeno acontece e por que se modifica?” foram realizados no sentido de manter foco na análise e permitir a emergência do fenômeno com base no modelo paradigmático (contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias e consequências) (STRAUSS, CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2006).

Alcançou-se a saturação dos dados com a repetição das informações e consolidação das categorias encontradas. No total das trinta entrevistas realizadas, encontraram-se nove categorias, que inter-relacionadas fizeram emergir o fenômeno.

Questões de rigor e confiabilidade foram abordadas (MORSE et al. 2002) e a credibilidade do estudo foi reforçada a partir do acompanhamento da pesquisa por dois analistas (autores). Um deles realizou a análise e o outro revisou o processo analítico. Ademais, foram verificados os códigos e as categorias desenvolvidas a fim de sugerir alterações.

Após discussão, obteve-se consenso, e a partir daí foram gerados novos grupos amostrais, categorias e outras decisões. Realizou-se também a validação do Modelo Teórico propriamente dito, com três enfermeiros pesquisadores com *expertise* no método e no tema; dois enfermeiros vinculados à instituição de coleta de dados não participantes do estudo e um enfermeiro canadense com experiência em Saúde

Pública. Neste processo, verificou-se coerência metodológica, aderência temática e possibilidades de abstração do Modelo Teórico.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 130/2011. Após o aceite para participação do estudo, os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização da entrevista. Todas as informações que identificavam os participantes na entrevista foram modificadas para preservar suas identidades e empregou-se o uso de pseudônimos formados pela letra P e um número ordinal correspondente à sequência das entrevistas realizadas (P1, P2 a P30).

RESULTADOS

As categorias organizadas em cinco componentes fizeram emergir o fenômeno “*Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da ABS*”.

Contexto

A gestão pública da ABS sendo considerada complexa pelos enfermeiros foi a categoria que apresentou o contexto no qual o fenômeno se desenvolveu.

Os participantes resgatam a discussão sobre a ABS e a sua denominação no Brasil como Atenção Básica à Saúde, uma vez que o termo ‘básico’ está relacionado à ‘baixa complexidade tecnológica’. Embora exista essa relação com o termo ‘básico’, os participantes qualificam a ABS como extremamente complexa por ser a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde.

Assim, enfatiza-se a importância da qualificação dos profissionais deste nível de atenção uma vez que atuam sobre uma gama de elementos, desde o recém-nascido até o idoso; processos de saúde-doença de origem aguda, crônica bem como aspectos relacionais e sociais, como apresenta a fala:

O enfermeiro generalista tem que ser muito bom para trabalhar os conflitos da sociedade. Então, digamos que você receba no seu serviço de saúde uma mulher que já apanhou do companheiro ou um idoso fragilizado que não tem ninguém que cuide dele e tem que fazer um plano de ação... O

que você acha? Ser enfermeiro generalista, ser enfermeiro de Atenção Básica, exige a formação de maior qualidade e mais complexa. Essa é a minha visão (P15).

A fragmentação por departamentos foi evidenciada com relação à estrutura formal de organização dos serviços e programas de saúde. Segundo os participantes, constata-se fragmentação e desarticulação das atividades realizadas, ao visualizar o número de programas de saúde, desenvolvidos no município que respondem às diretrizes nacionais. As consequentes atividades que se sobrepõem também geram demandas adicionais sem uma efetiva integração entre informações e ações de saúde, como descreve o diretor de enfermagem:

Realizamos nosso planejamento interno, dentro da minha diretoria, só que poucas pessoas de fora acessaram. [...] Eu acho que é uma luta. Todo mundo sabe que é importante integrar (os setores). Todo mundo sabe que uma área tem que estar participando das ações da outra. Mas, isso é muito difícil de ser feito na prática (P16).

O movimento de contradições se faz presente na atuação dos enfermeiros inseridos na ABS, uma vez que os participantes percebem a intensa manifestação das forças político-partidárias quando o desejável é uma qualificada execução técnica. Considera-se que a gestão pública em saúde possui baixo padrão de qualidade, no qual prevalece o modelo tradicional atrelado à atuação individual das pessoas e das trocas de governos.

Os participantes destacam ainda que ocorrem algumas substituições na composição das chefias ou equipes técnicas para incluir pessoas com influência político-partidária. Este aspecto é considerado limitador, pois gera descontinuidade da agenda de prioridades proposta, tendo em vista que cada grupo gestor prioriza ações conforme sua linha de orientação política e administrativa. Percebe-se também a sobrecarga de trabalho tanto para os enfermeiros que atuam em nível central quanto para os que atuam nas unidades básicas de saúde.

Causas

O fenômeno foi gerado pela categoria denominada: *Compondo o perfil do enfermeiro para liderança em saúde e sua importância nas*

organizações. Esta categoria apresenta principalmente a liderança como uma característica natural e/ou desenvolvida durante a formação, especialmente na graduação em Enfermagem.

Assim, a liderança como uma característica inata é percebida em alguns enfermeiros, como apresenta o fala:

Eu acho que as características pessoais pesam. Algumas pessoas conseguem exercer a liderança naturalmente; têm a capacidade de influenciar pessoas, numa determinada situação, para determinado objetivo. Porque naquelas situações, determinadas pessoas assumem essa posição com o aceite do grupo, sem imposição (P28).

Os participantes entendem que o enfermeiro é convidado a liderar desde ABS até o contexto hospitalar e são reconhecidos como liderança. Nas UBS, quando os enfermeiros não ocupam cargos ou funções formais de coordenação, estabelecem parcerias. Assumem demandas gerenciais e resolvem muitos problemas e conflitos que surgem no dia-a-dia. Os participantes relacionam tal atitude à dinâmica/processo de trabalho desse profissional, que realiza atividades assistenciais concomitantes às ações gerenciais.

Neste sentido, a liderança é apresentada como um conjunto de habilidades e atitudes que podem ser aprendidas e aperfeiçoadas na formação superior. Os participantes afirmam que alguns enfermeiros lideram somente por influência da sua formação. E o interesse em desenvolvê-la foi iniciado na graduação em Enfermagem tendo em vista a necessidade de coordenar a equipe de enfermagem, as unidades de saúde e coordenação dos cuidados na ABS, como descreve a seguinte fala:

A liderança é uma característica inata em alguns enfermeiros, porque nasceram líderes. Outros vão liderar pela formação. [...] A universidade te prepara para liderar a equipe toda, não só a da Enfermagem, porque ela oferece disciplina de administração em Enfermagem e Administração Hospitalar. Discutem-se os processos de trabalho e outros assuntos que os outros cursos não abordam (P15).

Interveniência

As categorias Percebendo a complementaridade entre confiança e a experiência/vivência para gerar vínculos, Contrastando a dependência do enfermeiro ao sistema e sua autonomia nas relações, interações e associações na ABS e Limitações das condições de trabalho e da formação dos profissionais de saúde influenciando as diferentes demandas do enfermeiro afetam o fenômeno central no sentido de potencializar ou minimizar sua complexidade.

Na primeira categoria Percebendo a complementaridade entre confiança e a experiência/vivência para gerar vínculos, os participantes revelaram o impacto da confiança e do bom relacionamento no exercício da liderança do enfermeiro. Para alcançarem o trabalho harmonioso em equipe, os enfermeiros procuram demonstrar para os demais trabalhadores que acreditam no sistema de saúde, no qual trabalham e atuam de forma mais próxima, considerando sua atividade tão importante quanto as dos demais. Ao transmitir esses valores, os demais trabalhadores percebem o fortalecimento do espírito de equipe e a confiança no trabalho do colega.

Ainda, os enfermeiros vinculam sua experiência profissional, tanto no contexto hospitalar quanto no da Atenção Básica, ao sucesso no exercício de liderança e à manutenção de boas relações. Afirmam que cada cenário de atuação profissional exigiu adaptações e potencializou sua atuação na ABS, como apresenta a fala:

Então, ao trabalhar no hospital ou em outras unidades (UBS) no interior, eu fui me moldando e fui mudando como pessoa e profissional. (...) Pude repensar o acesso que a gente tem aos nossos pacientes e o quanto a gente pode fazer por eles. Pude repensar toda a estrutura e planejamento, as ações de saúde e a importância de ser resolutivo nas questões do atendimento clínico do paciente (P9).

O fato de ter transitado em diversos serviços de saúde ou de atuar por mais tempo no mesmo local de trabalho, fez com que o enfermeiro fosse valorizado pelos demais como uma pessoa que pode contribuir com o grupo por possuir um conhecimento diferenciado.

Na categoria *Contrastando a dependência do enfermeiro ao sistema e sua autonomia nas relações, interações e associações na ABS*,

os participantes abordam questões relacionadas à disputa de poder e à utilização da tradicional supervisão do trabalho do outro. Destaca-se que, em algumas situações, o enfermeiro reduz suas ações de liderança à supervisão das tarefas. Logo, colocam-se em prática as orientações das chefias e políticas públicas, com um intenso controle sobre os demais funcionários abaixo da sua linha hierárquica. Como exemplifica a fala:

Eu vejo que o enfermeiro ainda hoje tem esse papel histórico da liderança, menos que uma liderança, uma supervisão sobre o outro, né? Nesse caso, em relação aos agentes comunitários de saúde, o enfermeiro assume a supervisão e coordenação dos serviços desses trabalhadores, mas não questiona e assume esse papel (P25).

Nessas circunstâncias, os participantes percebem o enfermeiro situado no meio de camadas hierárquicas. Eles atuam com pouca autonomia e com baixa capacidade de motivar o grupo de trabalhadores.

Uma vez que o enfermeiro ocupa posições de liderança ao assumir cargos e ao coordenar a equipe de saúde da família, verifica-se que o profissional recebe um *status* diferenciado no serviço. Assim, os participantes declaram que para manutenção das posições estratégicas de poder, em algumas situações, há a centralização de informações e tomada de decisão sobre o enfermeiro. Isso gera atrito entre os profissionais da equipe multiprofissional e desprestigia uma prática baseada nos interesses coletivos.

Limitações das condições de trabalho e da formação dos profissionais de saúde influenciando as diferentes demandas do enfermeiro é a categoria que apresenta relação entre as fragilidades das condições de trabalho e formação dos profissionais que compõem a equipe de saúde no trabalho do enfermeiro da ABS.

Os participantes relataram que muitas UBS passaram por reformas, ampliação ou construção de novas sedes, uma vez que não apresentavam estrutura física adequada. Por conta deste processo de mudança, os participantes conseguiram avaliar que se potencializou o trabalho do enfermeiro. Considerou-se que possuíam espaços específicos para sala de vacina e curativos bem como ampliou-se o número de consultórios e salas para reuniões. A exemplo, citamos a fala:

Então, como eu te falei: vim pra cá (UBS) no segundo dia após a inauguração. Antes (a UBS) era no lado daquela escola lá no começo (da rua).

Então, como só tinha um consultório para o atendimento médico, o enfermeiro não fazia acolhimento, preventivo, puericultura, pré-natal, consulta com diabetes ou hipertensos. Era só gestão e a coordenadora era a enfermeira na época. E com a vinda do posto de saúde para essa nova estrutura, o enfermeiro começou a fazer os atendimentos e muita coisa mudou (P5).

Mesmo que algumas UBS tenham sido reformadas e ampliadas, outras continuam com uma estrutura antiga e não contam com consultório de enfermagem e um espaço amplo para reuniões de equipe. Esses encontros ocorrem nos consultórios com pouco conforto para os presentes e sem materiais adequados para apresentação e discussão coletiva. Esta situação faz com que se reduza o rendimento dos encontros, logo, prejudica tanto a participação como o interesse nas atividades propostas.

Outro desafio importante para os enfermeiros é a gestão de pessoal, tendo em vista a dificuldade de trabalhar com as equipes incompletas. Diante deste cenário, o enfermeiro assume atividades diferentes das que estavam programadas visando atender as principais necessidades dos usuários. Gera-se mobilidade dentro da UBS que desprestigia sua atuação clínica e sua fixação como coordenador do cuidado entre os níveis de atenção.

Ainda com relação aos profissionais, os participantes afirmam que, de modo geral, os trabalhadores das UBS têm uma perspectiva muito curativista e intervencionista, centrada no trabalho individual. Quando se reúnem profissionais com orientação voltada para o trabalho integrado, os participantes revelam que se torna muito prazeroso trabalhar com profissionais médicos e dentistas, pois as discussões de caso são muito ricas e oportunizavam um atendimento mais ágil.

Os participantes relacionam tal fragilidade à formação dos profissionais. Embora os currículos tenham se atualizado e se aproximado dos conteúdos relacionados ao Sistema Único de Saúde e da Saúde Pública, ainda existem vazios relacionados à inovação no serviço e utilização de novas ferramentas de gestão e humanização.

Estratégias

As categorias *Aprimorando a prática da liderança a através do planejamento e do apoio do gestor, Utilizando a comunicação como*

instrumento que confere dinamicidade às inter-relações entre enfermeiro, equipe e comunidade e Aperfeiçoando aptidões e potenciais individuais e de equipe apresentam as estratégias implementadas pelos enfermeiros no exercício de liderança na ABS.

Na categoria *Aprimorando a prática da liderança através do planejamento e do apoio do gestor*, é evidenciada a importância do planejamento com ferramenta que exige adaptações contínuas, o envolvimento do grupo gestor e a participação de todos os membros da equipe de trabalho, como apresenta a fala a seguir:

O planejamento transforma isso [práticas de liderança], como ter um objetivo, motivação e outros, numa coisa com visibilidade e vai poder mensurar, avaliar. Não como uma camisa de força, mas, um guia. Acho que o segredo é que a equipe precisa ter uma estrela guia, a qual não é o líder do grupo, mas é aonde se quer chegar (P18).

Ao se partir do nível central, o planejamento foi difundido de forma progressiva para as UBS a fim de serem consideradas suas peculiaridades e especificidades. Um coordenador de cada unidade básica foi selecionado para ser responsável por mobilizar os trabalhadores e verificar o interesse dos mesmos em desenvolver suas metas e traçar as formas de alcance dos resultados.

Para reforçar a integração da equipe, um dos trabalhadores da unidade básica de saúde foi incluído em todo o processo de comunicação entre nível central e unidade, para oportunizar maior participação e um diálogo mais aberto e efetivo.

O diálogo é indicado como uma estratégia de liderança para a construção de um objetivo comum, *feedback* e motivação na categoria *Utilizando a comunicação como instrumento que confere dinamicidade às inter-relações entre enfermeiro, equipe e comunidade*.

Os participantes revelam que o diálogo traz dinamicidade para a liderança por permitir trocas constantes entre os indivíduos envolvidos. Nesse sentido, o diálogo potencializa o gerenciamento dos conflitos, além de envolver os usuários, trabalhadores e gestores. Segundo os participantes, os enfermeiros líderes são capazes de promover o diálogo, tornar as pessoas confortáveis para exporem seu ponto de vista e permitir a geração de consensos ou compartilhamento da decisão, como ilustram as falas:

Eu acho que o importante é o diálogo direto e não esse negócio de mensagem. Para o diálogo, eu acho que precisa ter na relação, precisa ter objetivos comuns. [...] Agora, o diálogo é fundamental, também para motivação e para feedback, não é mesmo? Então, através dele as pessoas se sentem parte do processo para a construção de objetivos a serem perseguidos e permanentemente ajustados (P2).

Vale destacar que os processos comunicacionais de liderança acontecem a partir de duas dimensões: formal e informal. A primeira ocorre através dos momentos de reuniões formais, com elaboração de atas ou memorandos. Inclui-se ainda toda a informação divulgada por meio de documentos, seja com a comunidade seja com os profissionais. Já a comunicação informal foi evidenciada pelos participantes como um meio de tornar o trabalho e as ações de saúde mais efetivas e ágeis. Quando as reuniões formais não podem ser realizadas com os agentes comunitários de saúde, por exemplo, muitas informações são trocadas no início ou no final do turno de trabalho.

Na categoria *Aperfeiçoando aptidões e potenciais individuais e de equipe*, os participantes percebem que o embasamento teórico e prático fornecido pelos cursos de pós-graduação em Gestão em Saúde e em Saúde Pública proporcionou a qualificação profissional aos enfermeiros e encorajou muitos enfermeiros a assumirem a posição de liderança na Secretaria Municipal de Saúde ou os instrumentalizou durante seu exercício como coordenador de unidade de saúde, por exemplo.

Revela-se que pela ampla gama de atuações do enfermeiro, é necessária a busca de complementação teórica e muitos participantes se sentiram uma referência para a equipe com ampliação dos conhecimentos e domínio das questões práticas em saúde.

No que tange ao trabalho em equipe, os participantes afirmam que investem em ações que oportunizem a auto-organização do grupo. Para tanto, utilizam-se das políticas de saúde como indutoras do trabalho coletivo, mesmo que elas estejam mais avançadas que a prática.

A humanização do cuidado e os instrumentos de cogestão preveem a participação dos profissionais e possuem um grande potencial de torná-la efetiva. Ainda, segundo os participantes, os enfermeiros possuem facilidade para integrar os profissionais, estimular o trabalho em equipe e a responsabilidade individual para promover um trabalho

focado nas metas comuns e um clima harmonioso, como exemplifica a fala:

Aqui na unidade de saúde, essa divisão de tarefas exige que todos os profissionais exerçam o papel de liderança. [...] Os médicos, os enfermeiros e os dentistas têm compartilhado o exercício da cogestão com suas equipes das suas áreas de abrangência. Mas, acho que é o enfermeiro que se destaca entre os demais profissionais nas práticas de liderança, pois ele chama muitas responsabilidades para si. [...] Nós [coordenador e enfermeiro de equipe] dividimos muitas responsabilidades... Quando a equipe não consegue mais resolver o problema, já utilizou todas as estratégias que eram possíveis e viáveis, daí eles vêm compartilhar isso comigo, já que respondo pela unidade (P13).

Os participantes revelam que trabalhar com um equipe desmotivada é muito difícil, pois interfere no clima organizacional, além de gerarem-se repercussões no desempenho dos profissionais e insatisfação do usuário. Nesse sentido, a motivação é uma estratégia importante para sensibilizar a equipe para os objetivos de interesse comum. Os enfermeiros acreditam que seja normal a variação no padrão de motivação da equipe, considerando os estímulos constantes necessários. Capacitações sobre os temas de interesse dos trabalhadores, reuniões dinâmicas, elogios e confraternizações são utilizadas pelos enfermeiros para motivar os funcionários.

Alguns participantes afirmam que a motivação é uma via de dois fluxos, na qual o enfermeiro líder motiva a equipe, mas recebe estímulo em troca. Nesta lógica, os participantes acreditam que todos são responsáveis por motivarem-se e aos demais membros da equipe, embora reconheçam no enfermeiro a principal fonte de motivação.

Consequências

Na categoria *Enfermeiros estimulando a liderança em contraposição ao individualismo*, como um caminho para ampliar a autonomia e a visibilidade para profissão, os participantes revelam que estimulam a liderança nos diversos profissionais da equipe de saúde. Em muitas UBS, percebe-se que há o compartilhamento da tomada de

decisão, de responsabilidades para o alcance de metas/objetivos específicos e preparação para delegação de atividades de suporte para coordenação.

Os participantes percebem que a descentralização das atividades torna a equipe mais integrada e oportuniza espaços de colaboração entre pares e de satisfação pessoal. Assim, acredita-se que um bom líder desenhe novas lideranças, ou seja, ao invés de possuir liderados, ele trabalha com um time de líderes, como apresenta a fala:

Então, liderança é construir novos líderes. Eu acho que essa é a definição de ser líder. Quem é centralizador não é líder, só quer deter o poder. Se me derem um trabalho de estruturar e coordenar, meu foco vai ser deixar uma estrutura pronta onde as pessoas possam andar sozinhas. Estruturar cada setor; estimular cada funcionário para o exercício de liderança e responsabilidade (P6).

Nesse sentido, os participantes preocupam-se com a manutenção das atividades apesar da rotatividade dos funcionários e troca de governos. Uma vez que o grupo de trabalhadores esteja preparado para dar continuidade aos projetos na ausência do coordenador ou gerente, o serviço de saúde e a comunidade só têm a ganhar. Assim, o foco do bom líder não é somente em trazer o novo e implantar novas ações, sua intenção prevê a consolidação de práticas que possam se adaptar para manterem-se úteis nos diversos cenários e períodos.

Outro item identificado pelos participantes é a necessidade de uma organização nacional dos enfermeiros, ou seja, um programa de capacitação de liderança para se refletir sobre os problemas da prática. Desta forma, poder-se-á elaborar instrumentos para que o enfermeiro não seja coibido pelas instituições. Também se alcançará a formação de profissionais da enfermagem altamente qualificados e com domínio de questões clínicas e gerenciais específicas da ABS.

Entende-se ainda que os enfermeiros em formação ou já inseridos no mercado devem atuar como representantes nos mais diversos setores e avançar na construção de uma nova realidade, na qual o enfermeiro atua com mais autonomia e mais visibilidade, com suporte dos órgãos de classe e da educação permanente em saúde das instituições.

DISCUSSÃO

Embora este estudo conte com a participação de enfermeiros de diversos níveis da rede de ABS, apresenta uma pequena amostra de participantes, o que compromete a generalização dos dados para outros contextos de saúde. Aspectos relacionados à compreensão do fenômeno de estudo podem não ter sido identificados devido à utilização de entrevistas como única estratégia de coleta de dados, não associadas às técnicas observacionais e busca documental, por exemplo.

O sistema de saúde brasileiro concentra uma gama de ações preventivas, curativas e de promoção na Atenção Básica à Saúde. A fragmentação da estrutura organizacional em programas de saúde, concebidos muitas vezes de forma independente e com objetivos desarticulados, exige que enfermeiros e profissionais da equipe multiprofissional sejam altamente qualificados.

No Reino Unido, por exemplo, ter orçamentos separados e metas de desempenho para a atenção básica, secundária e serviços sociais promove maior foco sobre o funcionamento de cada uma dessas partes, mas não necessariamente o bom funcionamento do sistema (PLSEK; WILSON, 2001). Nos Estados Unidos da América, foi identificado descompasso entre a visão das necessidades da população e do sistema de saúde (SOLHEIM; MCELMURRY; KIM, 2007). Corroborando com os estudos supracitados, a ABS foi considerada complexa pelos participantes do estudo, pois requer a compreensão da complexidade de todo o Sistema de Saúde.

Outro elemento que integra o cenário complexo em saúde no Brasil são as relações político-partidárias. Verifica-se que muitos agentes políticos projetam expectativas de apoio eleitoral sobre a equipe da ESF, visando conquistar visibilidade junto à população atendida e promoção pessoal (MEDEIROS et al., 2010). Evidências vêm comprovando que as forças internas do SUS, sociais e políticas limitam sua capacidade de promover por si a ruptura com os procedimentos desvirtuados no qual está envolvido (PAIM, 2007). Desta forma, o reconhecimento e a incorporação destas forças estão à vista na gestão e na organização dos sistemas de saúde bem como suas incoerências, desvios e erros e apontam para uma atuação dialógica e complexa (MORIN, 2008b). Logo, a participação de diversos setores e organizações realizam múltiplas ações de forma dinâmica, flexível e interdisciplinar, isto é, com vontade política para compartilhar saberes, poderão formar redes complexas de cooperação (MEIRELLES; EDMANN, 2008).

No que tange à aplicação das práticas de liderança pelos enfermeiros neste complexo cenário da ABS, verificou-se que essas emergem como uma característica natural e/ou desenvolvida na formação profissional. Esses achados corroboram com o estudo de Cameron et al (2012), no qual enfermeiros de comunidades rurais enfatizam a importância da liderança como uma habilidade pessoal e indicam a possibilidade de desenvolvimento da mesma (CAMERON et al., 2012).

Em relação à influência da formação para liderança, Benson et al (2012) apontaram poucas mudanças significativas em relação ao desenvolvimento desta competência em um estudo longitudinal com 52 estudantes de três Centros de Ensino Superior. Já um estudo realizado em uma Escola de Enfermagem da Austrália, no qual se realizou um programa piloto de liderança com alunos do 4º semestre do curso, constatou que os participantes tiveram ampliadas suas habilidades de influência, persuasão, motivação, comunicação e construção de trabalho em equipe (HENDRICKS; COPE; HARRIS, 2010). Com isso, verifica-se que, quando ocorre estímulo apropriado por parte da instituição de ensino para o desenvolvimento de habilidades específicas, é possível alcançar determinadas competências, dentre elas, a liderança.

No que tange às condições intervenientes para o exercício da liderança na ABS reveladas neste estudo, identificou-se como positiva a experiência profissional e a confiança entre profissionais e comunidade para geração de vínculos. Estudos corroboram com a complementariedade deste achado quando afirmam que caso o enfermeiro não desenvolva um relacionamento confiável com sua equipe, ele poderá ter dificuldades para liderar, pois a desconfiança impede que o trabalho siga seu fluxo normal (AMESTOY et al., 2009a). Ainda, observa-se que quando os vínculos estão presentes, o trabalho torna-se mais significativo e aumenta o compromisso do profissional com os usuários (MEDEIROS et al., 2010).

Todavia, os elementos apontados pelos participantes deste estudo que influenciam negativamente o exercício de liderança foram: condições inadequadas de trabalho, número insuficiente de trabalhadores e presença de profissionais com orientação diferente das preconizadas pelas políticas públicas.

Em outras regiões do Brasil e do mundo, verifica-se que enfermeiros têm sua produtividade afetada negativamente por condições de trabalho insatisfatórias (MEDEIROS et al., 2010; ALMALKI, FITZGERALD, CLARCK, 2012). Outro fator que dificulta a integração dos profissionais nas equipes de saúde e não garante a satisfação da

população no que concerne ao atendimento é a formação profissional pautada em especialidades e no modelo biomédico (MEDEIROS et al., 2010; DE CARVALHO, CECCIM, 2006).

Assim, pode-se considerar que determinadas atitudes dos profissionais são reflexo das fragilidades do ensino e da aplicação do conceito de integralidade como critério para estipular as práticas e gerar novos conhecimentos. A exemplo, identificou-se em um estudo realizado no Reino Unido, que a atuação das universidades tem sido restrita ao suporte teórico, com pouco envolvimento no cotidiano das organizações. Manteve-se um distanciamento de questões próprias e específicas da saúde pública, logo foi prejudicado o desenvolvimento de práticas contextualizadas e inovadoras (COLE et al., 2011).

Os participantes deste estudo apontaram a redução das ações de liderança do enfermeiro à supervisão das tarefas. Quando executava ordens sem apropriada reflexão e aplicava as políticas públicas com foco nos alcances das metas institucionais. Pesquisas advertem que a liderança de enfermagem orientada para realização de tarefas apresenta relações menos significativas nos desfechos de saúde dos pacientes (WONG, CUMMINGS, 2007; HANA et al., 2012).

Amestoy et al (2009a) encontraram em seu estudo sobre liderança de enfermagem que atitudes autocráticas, caracterizadas pela imposição e supervisão punitiva, não refletem a melhor maneira de se exercer a liderança no ambiente laboral e resgatam a necessidade do enfermeiro líder estar aberto para atuar com mais flexibilidade, motivação e diálogo.

Em síntese, a liderança orientada para tarefas exercidas de acordo com a supervisão não parece ser a forma mais adequada para condução de grupos de trabalho em saúde. Compreende-se que, pelo contrário, aqueles que buscam extrair os melhores resultados das práticas de liderança devem aproveitar-se da criatividade e da diversidade de saberes para promover o alcance dos objetivos organizacionais, aliados aos objetivos do grupo de trabalho em busca pela satisfação do usuário e motivação dos profissionais.

Neste estudo, as estratégias de lideranças utilizadas pelos enfermeiros líderes foram o planejamento das ações, o apoio do gestor, o estímulo aos potenciais individuais e à auto-organização do grupo através do diálogo e a motivação. Todas estas estratégias foram apresentadas pelos participantes de maneira interligadas para o alcance dos objetivos traçados, uma vez que as questões de saúde são consideradas complexas e necessitam diferentes abordagens, inclusive na liderança de enfermagem.

Estudos afirmam que trabalhar coletivamente sem um plano de atividades que envolva a equipe em busca da qualidade da assistência bem como a falta de apoio do gestor podem prejudicar a produtividade dos trabalhadores (MEDEIROS et al., 2010; JUNIOR,HECK, CEOLIN, 2011). Em clínicas de saúde rurais de Uganda verificou-se que ter apoio do gerente torna o trabalho mais fácil, pois é possível ter infraestrutura e treinamento dos profissionais para realização das atividades de interesse (ROCKERS et al., 2012).

Embora existam fragilidades no trabalho em equipe na ABS, esse está associado às melhores práticas de saúde e os enfermeiros são considerados especialistas em promover o trabalho em equipe (SOLHEIM; MCELMURRY; KIM, 2007). Neste sentido, o estudo desenvolvido por Aston et. al (2009) explica que os enfermeiros da saúde pública são reconhecidos por desenvolver atividades com foco na construção de potenciais individuais e de grupo, além de oferecerem suporte educacional e de liderança (ASTON et al., 2005).

Potencializar habilidades individuais ao liderar e capacitar equipes pode ainda ser relacionada como indutora de práticas colaborativas e de auto-organização de grupos. Compreende-se que a auto-organização, como o resultado da interação entre múltiplos processos, como a comunicação, que promove melhoria na qualidade das relações entre as pessoas e maior diversidade de saberes (ANDERSON; ISSEL; MCDANIEL, 2003). Na lógica da auto-organização, são reconhecidas como aspectos importantes, não somente a quantidade de elementos ou constituintes do sistema, mas também as múltiplas interações entre as unidades. Vislumbra-se, desta forma, um movimento cíclico entre ordem e desordem para gerar uma nova organização sensível às ações e retroações do sistema (MORIN, 2011).

Nesse sentido, as iniciativas de desenvolver potencial dos demais membros da equipe vão ao encontro do que os participantes do estudo vislumbraram como consequências do fenômeno *Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da ABS*. Ainda, os achados do estudo apontam a organização dos enfermeiros para o desenvolvimento de lideranças clínicas e gerenciais como um desafio para a profissão. A fim de corroborar com este achado, Halcom et al (2008) indicam a necessidade de mais enfermeiros que ocupem as lideranças clínicas e gerenciais, não apenas para que os resultados de saúde sejam otimizados, mas para avançar no status da profissão de Enfermagem (HALCOMB; DAVIDSON; PATTERSON, 2008). Uma estratégia indicada pela literatura que influencia positivamente o desenvolvimento de liderança entre enfermeiros são os programas de

treinamento (CUMMINGS et al., 2008; EUDA et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da elaboração do fenômeno *Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da ABS* e integração das categorias encontradas conseguiu-se alcançar o objetivo proposto. Os enfermeiros se reconhecem como líderes por uma característica natural ou pela formação profissional. Este processo ocorre em um cenário complexo do sistema de saúde brasileiro, por sua estrutura fragmentada e permeada por relações diversas que influenciam o fluxo de trabalho em saúde. Isso exige que o enfermeiro e os demais membros da equipe sejam altamente qualificados.

Os achados confirmam que as condições inadequadas de trabalho, a presença de profissionais com uma orientação de trabalho curativista e individual bem como a liderança orientada para tarefas e supervisão sejam dificultadores, não somente para a liderança do enfermeiro, mas também para a atuação integrada da equipe de saúde.

Os elementos facilitadores e estratégias identificadas, ou seja, a experiência profissional, o uso do planejamento, a comunicação e estímulo às potencialidades individuais e de grupo culminam para a manutenção da qualidade do serviço, através do incentivo ao protagonismo dos demais profissionais da equipe multiprofissional. Acredita-se que essa perspectiva de atuação profissional seja uma das principais contribuições deste estudo à prática de enfermagem, uma vez que a integralidade do atendimento em saúde preconiza ações multiprofissionais e interdisciplinares.

Embora este estudo tenha sido realizado em contexto específico da ABS do Brasil, o mesmo resguarda características semelhantes às dos sistemas de saúde implantados em outros países, no que tange aos princípios doutrinários ou organizativos. Desta forma, sugere-se como tema para futuras pesquisas que se verifiquem as características e o impacto da liderança de enfermagem nos diversos serviços da ABS em outros países, visando à geração de um corpo de conhecimento mais amplo e que articule suas peculiaridades.

REFERÊNCIAS

ALMALKI, M.J.; FITZGERARD, G.; CLARCK, M. Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. **Human Resources for Health**, Londres, v. 10, n.

1, p. 30, 2012.

AMESTOY, S.C. et al. Perceptions of nurses about leadership. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 617-624, 2009.

ANDERSON, R.A.; ISSEL, L.M.; MCDANIEL-JR, R.R. Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. **Nursing Research**, v. 52, n.1, p. 12-21, 2003.

ASTON, M. et al. Public health nurses' primary health care practice: Strategies for fostering citizen participation. **Journal of Community Health Nursing**, Sutton, v. 26, n. 1, p.24-34, 2009.

BENSON, G. et al. Longitudinal Study of Emotional Intelligence, Leadership, and Caring in Undergraduate Nursing Students. **Journal of Nursing Education**, Nova York, v. 21, n. 2, p. 95-101, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMERON, S. et al. Exploring leadership in community nursing teams. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 7, p. 1469-1481, 2012.

CHARMAZ, K. **Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis**. New York: Sage Publications Limited, 2006.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Campus, 2009.

COLE, K.; SIM, F.; HOGAN, H. The evolution of public health education and training in the United Kingdom. **Public Health Reviews**, Rennes Cedex, v. 32, n.1, p. 87-104, 2011.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COWDEN, T.; CUMMINGS, G.; PROFETTO-MCGRATH, J. Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. **Journal of Nursing Management**, Malden, v. 19, n. 4, p. 461-477, 2011.

CUMMINGS, G. et al. Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. **Journal of Health Services Research & Policy**, Nova York, v. 13, n. 4, p. 240-248, 2008.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

HALBOMB, E.J.; DAVIDSON, P.M.; PATTERSON, E. Promoting leadership and management in Australian general practice nursing: what will it take? **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 16, n. 7, p. 846-852, 2008.

HANA, J. et al. PHC Leadership: Are Health Centres in Good Hands? Perspectives from 3 districts in Malawi. **Malawi Medical Journal**, Grahamstown, v. 24, n. 3, p. 46-51, 2012.

HENDRICKS, J.M.; COPE, V.C.; HARRIS, M. A leadership program in an undergraduate nursing course in Western Australia: Building leaders in our midst. **Nurse Education Today**, Edimburgo, v. 30, n. 3, p. 252-257, 2010.

JUNIOR, D.D.A.B.; HECK, R.M.; CEOLIN, T. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 41-50, 2011.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008. p. 107-140.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. **Health services research**, Chicago, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

MEDEIROS, C.R.G. et al. Nurses and doctors turnover: an impasse in the implementation of the Family Health Strategy. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1521-1531, 2010.

MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, 2008.

MERKELEY, K.K.; FRASER, A.D. Effective collaboration: the key to better healthcare. **Nursing Leadership**, Toronto, v. 21, n. 2, p. 51 2008.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 11. ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 2008b. 344 p.

WHO – World Health Organization. **Alma-Ata**. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 1819-1829, 2007.

PLSEK, P.E.; WILSON, T. Complexity science: complexity, leadership, and management in healthcare organisations. **BMJ: British Medical Journal**, Londres, v. 323, n. 7315, p. 746 2001.

ROCKERS, P.C. et al. Preferences for working in rural clinics among trainee health professionals in Uganda: a discrete choice experiment. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 12, n. 1, p. 212, 2012.

SOLHEIM, K.; MCELMURRY, B.J.; KIM, M.J. Multidisciplinary teamwork in US primary health care. **Social Science and Medicine**, Nova York, v. 65, n. 3, p. 622-634, 2007.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbankquarterly**, Nova York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STRAUSS, A.L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

UEDA, I. et al. Evaluation of the effects of a leader-training program on public health nurse leadership for staff in Japan. **Open Journal of**

Nursing, Irvine, v. 2, n.3, p. 246-253, 2012.

VICENZ, R.B.; GIRARD, M.W.; DOS SANTOS LUCA, A.C. Leadership in Family Health (PSF): a view through the perspective of power flow. **Saúde&Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 82-87, 2010.

WONG, C.A.; CUMMINGS, G.G. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. **Journal of Nursing Management**, Malden, v. 15, n. 5, p. 508-521, 2007.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Haja vista os objetivos centrais deste estudo terem sido tanto compreender o significado da liderança exercida pelos enfermeiros inseridos nos serviços de Atenção Básica à Saúde do município de Florianópolis (SC) como elaborar um referencial teórico, foi possível desvelar, a partir de um rigoroso processo analítico dos dados, o fenômeno *Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da ABS*, fundamentado na integração de nove categorias e vinte e uma subcategorias, distribuídas em componentes do modelo paradigmático.

Neste estudo, a liderança exercida pelo enfermeiro ocorre no complexo *contexto* da ABS, além de haver necessidade de profissionais qualificados e contradições evidenciadas pela rede de relações e interações da gestão pública em saúde.

A ABS é considerada complexa, pois articula, de forma ativa, as múltiplas necessidades dos usuários; interconecta e coordena os programas de saúde e os diversos níveis de atenção quanto ao trabalho multiprofissional bem como suas fragmentações, descontinuidades e relações político-partidárias. O movimento desses elementos intimamente interligados oportuniza a auto-organização, incentivada também pela liderança dos enfermeiros.

Questões relacionadas à gestão pública como a estabilidade, a burocratização, a pouca autonomia dos coordenadores e a interferência da troca de administração emergiram como características marcantes na atuação dos enfermeiros da ABS. Isso repercutiu, principalmente, nas estratégias de motivação para equipe e na segurança em relação à condução de projetos e ações já em andamento.

Aponta-se que a compreensão das responsabilidades pelos enfermeiros, enquanto profissionais da saúde atuantes em um contexto complexo, como também a luta pela continuidade das ações em saúde e das equipes de trabalho são atitudes que tendem a superar as dificuldades apresentadas na ABS.

Dentre as *causas* identificadas para a liderança do enfermeiro na ABS, evidenciou-se um conjunto de elementos vinculados à personalidade, estímulo da formação/espço universitário, características próprias da profissão, evidenciadas pelo trabalho em equipe, bem como a influência do ambiente.

Destaca-se que a ‘mobilidade’ do enfermeiro foi considerada um aspecto significativo. E pode ser uma repercussão do distanciamento do enfermeiro de atividades relacionadas ao cuidado direto à população,

devido ao seu envolvimento quanto às questões gerenciais e/ou à falta de profissionais nas UBS. Não obstante, a mobilidade também oportuniza ao enfermeiro espaços que potencializam sua capacidade de liderança, por ampliar as possibilidades de adquirir experiência no sistema de saúde e aplicar seu conhecimento na resolução dos problemas bem como favorece sua posição como gerentes dos serviços de saúde.

Indica-se como necessidade o resgate da atuação do enfermeiro da ABS como cuidador, visando à manutenção de suas contribuições na equipe de saúde além de fortalecer a complementariedade do binômio líder-cuidador, que para este estudo são elementos interdependentes.

No imbricado contexto da ABS, foram identificados elementos *intervenientes* ao exercício liderança do enfermeiro. A experiência profissional prévia e a vivência na comunidade bem como a confiança estabelecida entre os profissionais usuários foram consideradas positivas, pois, agregam valor à atuação do enfermeiro na promoção da integração, encaminhamento e resolução das demandas da população.

Todavia, os elementos negativamente relacionados ao exercício de liderança do enfermeiro na ABS foram as limitações nas condições de trabalho que tendem à gerar sobrecarga e desvio do foco de trabalho do enfermeiro para outras atividades. Portanto, exige-se que esse se adapte às novas situações constantemente, embora possa, em certa medida, reforçar a imagem de referência tanto para equipe quanto para a comunidade.

Problemas relativos à formação profissional para atuação na ABS fragilizam a prática integrada e interdisciplinar entre os trabalhadores, os quais são evidenciados como uma influência que desfavorece o exercício diário de troca de conhecimentos, formação de vínculo e implementação de ações conjuntas.

Percebe-se também que o emprego da supervisão tradicional por alguns enfermeiros. Ademais, as relações de poder existentes influenciam negativamente o exercício de liderança, os quais privilegiam a manutenção de seu status ou cargo e uma atuação reduzida à aplicação da legislação e ordens de superiores, em detrimento às atividades de maior impacto tanto sobre o grupo de trabalhos e comunidade como sobre as ações inovadoras, reflexivas e críticas.

Como *estratégias* utilizadas, os enfermeiros buscam o apoio do gestor e por planejamento organizam as ações de forma conjunta com a equipe, pois oportunizam e estimulam a participação dos demais profissionais.

Para tanto, fazem uso do diálogo como instrumento que confere dinamicidade às interações entre o enfermeiro, equipe e comunidade,

visando lidar com os conflitos. Os diferentes meios comunicacionais foram empregados pelos enfermeiros visando ampliar o acesso e divulgação dos serviços de saúde, como e-mail para consultas, ferramentas de bate-papo *online* entre trabalhadores para esclarecimento sobre casos clínicos, apresentação de vídeos informativos na sala de espera.

O aperfeiçoamento das aptiões individuais foi potencializado com a formação complementar, tanto pela pós-graduação *latu senso* quanto *stricto senso*. Também evidenciou-se que a forma como o enfermeiro insere-se na equipe e permite a auto-organização do grupo, a partir do movimento conflito-mediação-nova ação, direciona o grupo a alcançar as metas estabelecidas e satisfação no trabalho.

Assim, a partir do que já foi apresentado, verifica-se como **consequências** das práticas de liderança do enfermeiro na ABS o estímulo da liderança em contraposição ao individualismo, como um caminho para ampliação da autonomia e da visibilidade para profissão.

Estimular a liderança nos demais membros da equipe de saúde apresenta-se como uma característica do enfermeiro. Isso está intensamente relacionado com as políticas de saúde e contribui para incentivar a atuação participativa e integrada dos trabalhadores.

Tendo em vista os diversos desafios indetificados no contexto do estudo, enfermeiros tentem a estimular habilidades de liderança nos demais membros da equipe para trabalhar com um time de líderes, visando dar continuidade aos projetos e metas idealizados coletivamente, independente da gestão ou chefia de setor ou UBS. Para tanto, vislumbra-se uma organização de enfermeiros sensíveis com as causas profissionais e questões da ABS para a realização de cursos, capacitações e associações com foco no desenvolvimento de lideranças desde os estudantes de graduação até os profissionais já inseridos no campo de trabalho.

Verifica-se que os resultados deste estudo vão de encontro aos achados evidenciados nas duas revisões de literatura desenvolvidas pela autora, no que tange:

- à existência de relação positiva entre a comunicação e o alcance dos melhores resultados em saúde e a superação os desafios não lineares com uma única causa;
- à necessidade de ampliar o potencial de liderança em enfermeiros da Atenção Básica, incentivada deliberadamente por meio de atitudes inovadoras, de projetos e investimentos pessoais

e grupais bem como pela união de todos os enfermeiros, pois sem este primeiro passo, acredita-se que a Enfermagem terá poucas chances de avançar;

- ao estímulo à educação continuada apresenta-se como fundamental para a formação de enfermeiros líderes;
- Em meio ao contexto dinâmico, o enfermeiro tem como características-chave o caráter complementar, flexibilizador e integrador, que permite a este articular suas ações extraindo o melhor de suas vivências anteriores e de suas características pessoais para atingir as metas do grupo de trabalhadores e do serviço de saúde; e,
- à necessidade de estratégias baseadas em tecnologias relacionais, como a interação, comunicação e auto-organização.

Acredita-se que as contribuições deste estudo no conhecimento em Administração em Enfermagem e para o exercício da enfermagem na ABS são significativas. Considera-se que ainda grande parte dos estudos estão focados nos serviços hospitalares. Fornecem subsídios para ampliar a compreensão sobre a liderança dos enfermeiros em um cenário específico, no qual esses identificaram fraquezas e potencialidades em sua prática. Aponta-se também a possibilidade destes enfermeiros da ABS refletirem sobre a sua condição de líderes, diante da forte influência dos modelos tradicionais de gestão e do exercício da liderança frente às condições apresentadas na sua realidade.

Assim, ao se compreender como os enfermeiros significam e experienciam suas práticas de liderança na ABS foi possível sustentar a tese de que as **relações/interações/associações estabelecidas pelo enfermeiro no exercício da liderança são recursos no processo de cuidar do ser humano, de gerenciar pessoas e busca orientar o aprimoramento de competências nos demais profissionais, a fim de desenvolver, com uma equipe de líderes, a organização do trabalho em saúde no complexo contexto da Atenção Básica.**

Como perspectiva para assistir o movimento entre usuários, profissionais e gestores vinculados à rede de serviços ofertados pela ABS, adotou-se o pensamento complexo, primeiramente pela natureza do objeto de estudo, uma vez que a liderança é o processo interativo e que para o enfermeiro tecer suas redes do cuidar, necessariamente, o mesmo utiliza da liderança para também organizar e gerir as equipes e serviços de saúde.

Fo também possível se visualizar a realidade além da redução,

simplificação ou complicação. Pôde-se vislumbrar o fenômeno para além da união de seus fragmentos com o apoio de um método rigoroso e detalhado, no qual se apresentou as necessárias conexões entre o fenômeno e sua estrutura organizativa, políticas públicas e elementos peculiares da prática do enfermeiro, ou seja, de forma contextualizada, a fim de se enfatizar e dar visibilidade às suas relações e repercussões. Assim, o pensamento complexo permitiu evidenciar as conexões entre os elementos e valorizar durante o processo analítico os movimentos e repercussões da relação das partes com o todo.

A Teoria Fundamentada nos Dados, como método de estudo, contribuiu significativamente para o alcance do objetivo proposto a fim de compreender a complexidade que este fenômeno apresenta. Destaca-se que favorece à condução da pesquisa pelo investigador, por sua forma didática, progressiva e flexível de analisar os dados. A mesma é calcada em uma base segura, amparada pela comparação constante e permitir um ir e vir do pesquisador no processo de codificação aberta, axial e seletiva.

A comparação também estimula a reflexão sobre os dados, a busca pelo detalhamento, compreensão mais aprofundada e alcance da saturação teórica de forma processual. Questões de rigor e confiabilidade foram abordadas pela validação do Modelo Teórico desenvolvido, com destaque para a participação de um enfermeiro canadense. Esta experiência demonstrou-se oportuna quando se deseja verificar o alcance do modelo teórico desenvolvido com a TFD, com pessoas que vivenciam situações próximas, mas pertencem à outra cultura.

Este estudo apresentou como limitações a coleta de dados restrita ao profissional enfermeiro. Nesse sentido, para futuros estudos, sugere-se a compreensão das contribuições do enfermeiro para o exercício de cogestão e liderança da equipe multiprofissional de saúde na ABS bem como explorem a perspectiva dos múltiplos profissionais que atuam na ABS sobre a liderança do enfermeiro na equipe.

Este estudo apresenta como limitações algumas características inerentes à pesquisa qualitativa, cujo cenário e amostra de participantes resgatam elementos específicos e peculiares, o que compromete sua capacidade de generalização. Entende-se que o emprego de outras técnicas de coleta de dados poderia ampliar as possibilidades de compreensão deste fenômeno, como a análise documental e a observação. Ainda, a coleta de dados limitou-se ao grupo de enfermeiros dos diversos níveis hierárquicos da ABS de um município no Sul do País e professores de Enfermagem, de acordo com o processo analítico

adotado, que trazem experiências e saberes próprios nesta construção.

Ao se considerar que este estudo tenha sido realizado em contexto específico da ABS no Brasil, o mesmo resguarda características semelhantes aos sistemas de saúde implantados em outros países, no que tange aos princípios doutrinários ou organizativos. Desta forma, sugere-se como tema para futuras pesquisas verificar características e o impacto da liderança de enfermagem nos diversos serviços da ABS em outros países, visando à geração de um corpo de conhecimento mais amplo e que articule suas peculiaridades. Outro aspecto que merece aprofundamento é a relação entre a liderança do enfermeiro e o desempenho da equipe multiprofissional e a gestão pública em saúde.

Destaca-se que a elaboração do modelo teórico provocou diversas reflexões acerca dos múltiplos aspectos do fenômeno estudado. Entretanto, é compreendido como um processo ativo e inacabado, diante da dinamicidade do conhecimento e da realidade do viver em sociedade.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A.F.S.; ESCRIVÃO FILHO, E.; ROZENFELD H. **Desenvolvimento de habilidades de liderança: mito ou realidade?** 1998. Disponível em: <www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP1998_ART103.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2013.
- AGUILAR-LUZÓN, M.C.; CALVO-SALGUERO, A.; GARCÍA-HITA, M.A. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo em personal de enfermeira. **Salud Publica Mexico**, Cuernavaca, v. 49, n. 6, p.401-407, 2007.
- ALMALKI, M.J.; FITZGERARD, G.; CLARCK, M. Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a crosssectional study. **Human Resources for Health**, Londres, v. 10, n. 1, p. 30, 2012.
- ALMEIDA, P.F; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana Del Salud Publica**, EUA, v .29, n.2, p. 84-95, 2011.
- AMESTOY, S.C. **Liderança dialógica: perspectivas na formação de enfermeiros-líderes**. 2012. 238p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- AMESTOY, S.C. et al. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.5, p. 844-847, 2010.
- _____. Características institucionais que interferem na liderança do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 214-220, 2009.
- _____. Perceptions of nurses about leadership. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 617-624, 2009.
- _____. Processo de formação de enfermeiros líderes os líderes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.6, p. 940-945, 2010.

ANDERSON, R.A.; CORAZZINI, K.N., MCDANIEL, R.R. Jr. Complexity science and the dynamics of climate and communication: reducing nursing home turnover. **The Gerontologist**, Carolina do Norte, v. 4, n. 3, p. 378-388, 2004.

ANDERSON, R.A.; ISSEL, L.M.; MCDANIEL, JR. R.R. Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. **Nursing Research**, Nova York, v. 52, n.1 , p.12-21, 2003.

ASTON, M. et al. Public health nurses' primary health care practice: Strategies for fostering citizen participation. **Journal of Community Health Nursing**, Sutton, v. 26, n. 1, p.24-34, 2009.

AZEVEDO, C.S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, vol. 7, n. 2, pp. 349-361, 2002.

BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; ERDMANN, A.L. A prática social sistêmica do enfermeiro na perspectiva luhmanniana. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n.1, p. 116-121, 2011.

BALSANELLI, A.P.; CUNHA, I.C.K.O. Liderança no contexto da enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 1, p. 117-122, 2006.

BARBOSA, N.B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v.15, n.5, p. 2497-2506, 2010.

BASS, B.M. **Handbook of leadership**. 3rd edition. New York: The Free Press, 1990.

BENSON, G. et al. Longitudinal Study of Emotional Intelligence, Leadership, and Caring in Undergraduate Nursing Students. **Journal of Nursing Education**, Nova York, v. 21, n. 2, p. 95-101, 2012.

BERGAMINI, C.W. Liderança: a administração do sentido. **Revistas de Administração de Empresas**, São Paulo, v.34, n.4, p. 102-114, 1994.

BERTI, H.W. Da percepção de impotência à luta por justiça na assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 2271-2278, 2011.

BLAKE, R.R.; MOUTON, J.S. **O novo grid gerencial**. 4.ed. São Paulo: Pioneira, 1987. 315p.

BOWDITCH, J.L.; BUONO, A.F. **Elementos de comportamento organizacional**. Tradução de José Henrique Lamendorf. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

BOYLSTON, M.T.; PETERS, M.A. Interim leadership in an era of change. **International Journal Nursing Education Scholarship**, Cambridge, v.1, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://www.bepress.com/ijnes/vol1/iss1/art26>>. Acesso em: 11 jan. 2009.

BRANDÃO, A.L.R.B.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C.E.A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução No 3, de 07 de novembro de 2001**. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Res. CNS 196/96. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, sup., p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família (PSF)**. Brasília: COSAC, 1994.

_____. **Lei 8.080 de 30 de setembro de 1990**. Trata do processo de

descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do SUS. Brasília: 1990a.

_____. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Trata da participação da comunidade e os mecanismos de transferência de recursos financeiros às demais instâncias de gestão do SUS. Brasília: 1990b.

_____. **Lei n 7.498/86 de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá providências. Brasília: 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do sistema Único de saúde/NOB – SUS 96.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** v. 4. Brasília: MS, 2006. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>> Acesso em: 01 jun. 2011c.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista:** a degradação do trabalho no século XX. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. 379p.

BRYMAN, A. Leadership in organizations. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W.R. (coord.). **Handbook of Organization Studies**. Nova York: Sage; 1996.

BUCHANAN, D. et al. The effects of respite care for homeless patients: a cohort study. **American Journal of Public Health**, Nova Yorque, v.96, n.7, p.1278-1281, 2006.

CAMERON, S. et al. Exploring leadership in community nursing teams. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 7, n. 1469-1481, 2012.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 2004. 256p.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, n.4, p.693-705, 2010.

CASTRO, A.P.; GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O. Liderança e comunicação: construção de instrumento de medida para alunos de graduação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 77-89, 1999.

CAVALCANTE, V.L.S.; CARPILOVSKY, M.; LUND, M. **Liderança e motivação**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

CECHINEL, C. et al. Vivência gerencial de acadêmicos de enfermagem: em pauta a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.2, n.1, p. 190-197, 2012.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CHARMAZ, K. **Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis**. New York: Sage Publications Limited, 2006.

CHEN, H.C.; BARON, M. Psychometric properties of the Chinese leadership practices inventory. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, Cambridge, v.4, n.1, 2007. Disponível em: <<http://www.bepress.com/ijnes/vol4/iss1/art23>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

_____. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Campus, 2009.

CLARK, M.J. Finding the way: a model for educational system analysis. **International Journal Nursing Education Scholarship**, Cambridge, v.1, n.1, 2004. Disponível em: <<http://www.bepress.com/ijnes/vol1/iss1/art11>>. Acesso em: 11 jan. 2009.

COELHO R.C. **O público e o privado na gestão pública**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2009.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 1, p. 1523-1531, 2009.

COLE, K.; SIM, F.; HOGAN, H. The evolution of public health education and training in the United Kingdom. **Public Health Reviews**, Rennes Cedex, v. 32, n.1, p. 87-104, 2011.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **A atenção básica que queremos**. Brasília: CONASEMS, 2011. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/area-de-arquivos/view.download/5/243>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.7-16, 2008.

CONNOLLY, K.; DEYOUNG, S. Planning for assessment of student

learning outcomes: a process within your grasp. **International Journal Nursing Education Scholarship**, Cambridge, v.1, n.1, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16646894>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

CORBIN J. Taking an analytic journey. In: MORSE, J.M. et al. **Developing Grounded Theory: the second generation**. WalnutCreek: Left Coast Press, 2009. p. 24-34.

COSTA, R.K.S.; MIRANDA, F.A.N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, 2008.

COWDEN, T.; CUMMINGS, G.; PROFETTO-MCGRATH, J. Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. **Journal of Nursing Management**, Malden, v. 19, n. 4, p. 461-477, 2011.

CUMMINGS, G. et al. Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. **Journal of Health Services Research & Policy**, Nova York, v. 13, n. 4, p. 240-248, 2008.

CUNHA, C.J.C.A. et al. **Gestão e liderança em Unidades Básicas de Saúde**. Florianópolis: Padion, 2011. 176p.

CARDOSO, M.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p.1273-1284, 2012.

DECLARATION OF ALMA-ATA. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf> Acesso em: 01 jun. 2011.

DIMITROV, Vladimir. **Liderança e mudança: uma perspectiva complexa**. 2003. Disponível em: <<http://www.teoriadacomplexidade.com.br/textos/teoriadacomplexidade/Lideranca-e-Mudanca.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2011.

DOURADO, I. et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Medical Care**, Philadelphia, v. 49, n.6, p. 577-584, 2011.

DRUCKER, P.F. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Pionera, 2006. 168 p.

DUARTE, M.L.C.; OLIVEIRA, A.I. Compreensão dos coordenadores de serviço de serviços de saúde sobre educação permanente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n.3, p. 506-512, 2012.

ERDMANN, A.L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p. 483-491, 2006.

ERIKSEN, W. Work factors as predictors of persistent fatigue: a prospective study of nurses' aides. **Occupational and Environmental Medicine**, Londres, v. 63, n. 3, p. 428-434, 2006.

FARIA, L. Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, v. 27, p.173-212, 2006.

FÁVERO, N. et al. Estudo da liderança do enfermeiro-chefe segundo os referenciais teóricos de Likert e Blake & Mouton. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 160-165, 1997.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2010. p.1-13.

FEREIRA, C.L.; GALLO, H. Pensamento complexo: reflexões sobre a vida contemporânea. **Complexus** – Instituto Superior de Engenharia Arquitetura e Desing – CEUNP, Salto-SP, ano 1, n.1, p. 1-22, mar. 2010.

FERGUSON-PARÉ, M. What is leadership in nursing administration? **Nursing Leadership**, Toronto, v. 16, n. 1, p. 35 -37, 2003.

FIEDLER, F.E.A **theory of a Leadership effectiveness**. New York:

Mc-Graw-Hill Book Company, 1967.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.2, p.262-268, 2005.

FRANÇA, A.C.L.; ARELLANO, E.B. Liderança, poder e comportamento organizacional. In: FLEURY, M.T.L. **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002.

FRENCH, S. Challenges to developing and providing nursing leadership. **Nursing Leadership**, Toronto, v. 17, n. 4, p. 37-40, 2004.

GALVÃO, C.M. et al. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 34-43, 2000.

GANONG, L.H. Integrative Reviews of Nursing. **Research in Nursing & Health**, Nova York, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GARBEE, D.D.; KILLACKY, J. Factors influencing intent to stay in academia for nursing faculty in the southern United States of America. **International Journal Nursing Education Scholarship**, Cambridge, v. 5, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.bepress.com/ijnes/vol5/iss1/art9>>. Acesso em: 08 set. 2009.

GELBCKE, F. et al. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.3, p. 515-520, 2006.

GIFFORD, W.A. et al. A mixed methods pilot study with a cluster randomized control trial to evaluate the impact of a leadership intervention on guideline implementation in home care nursing. **Implementation Science**, Londres, v. 10, n. 3, p. 51, 2008. Disponível em: <<http://www.implementationscience.com/content/3/1/51>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

GILLIGAN, P. et al. To lead or not to lead? Prospective controlled

study of emergency nurses' provision of advanced life support team leadership. **Emergency Medicine Journal**, Londres, v. 22, p. 628-632, 2004.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 26-44, 1991.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v.14, n.3, p.783-794, 2009.

_____. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 783-794, 2009.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. **Estudo de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos: relatório final Florianópolis**. 2009. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/florianopolis.pdf>> Acesso em: 02 jun. 2011.

GLASER, B. **Grounded theory perspective III: theoretical coding**. Chicago: Sociology Press, 2005.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. **The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

GONÇALVES, M.A. et al. Uma análise da mudança de produtividade da alocação de recursos públicos na atenção básica da saúde em municípios da região sudeste brasileira. **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, v. 14, n. 34, p. 60-74, 2012.

GOPUBMED. **Estatitfics**. 2013. Disponível em: <<http://www.gpubmed.com/web/gpubmed/WEB10O00h001000j100400.y>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

GREGOTY, D. M.; RUSSELL, C.K. Reaping what we sow: nursing education and leadership in Canada and the United States. **Nursing**

Leadership, Toronto, v. 16, n. 1, p. 38- 41, 2003.

GRANDO, M.K.; DALL'AGNOL, M.C. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery* (impr.) 2010 jul-set; 14(3): 5-0-10..

GUERRA, S.T. et al. O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.2, p. 362-369, 2011.

HALBOMB, E.J.; DAVIDSON, P.M.; PATTERSON, E. Promoting leadership and management in Australian general practice nursing: what will it take? **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 16, n. 7, p. 846-852, 2008.

HANA, J. et al. PHC Leadership: Are Health Centres in Good Hands? Perspectives from 3 districts in Malawi. **Malawi Medical Journal**, Grahamstown, v. 24, n. 3, p. 46-51, 2012.

HAYES, L.J. et al. Nurse turnover: a literature review—an update. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v.49, n. 7, p. 887-905, 2011.

HEIMANN, L.S. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877-2887, 2011.

HENDRICKS, J.M.; COPE, V.C.; HARRIS, M. A leadership program in an undergraduate nursing course in Western Australia: Building leaders in our midst. **Nurse Education Today**, Edimburgo, v. 30, n. 3, p. 252-257, 2010.

HEPONIEMI, T. et al. The Association of Ownership Type With Job Insecurity and Worry About Job Stability: The Moderating Effects of Fair Management, Positive Leadership, and Employment Type. **Advances in Nursing Science**, Germantown, v. 35, n.1, p. 39-50, 2012.

HERSEY, P.; BLANCHARDm K. **Psicologia para administradores: a teoria e às técnicas da liderança situacional**. São Paulo: EPU, 1986.

HIGA, E.D.E. F.; TREVIZAN, M.A. The style of leadership idealized by nurses. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 59-64, 2005.

HOOIJBERG, R.; CHOI, J. The impact of organizational characteristics on leadership effectiveness models: An examination of leadership in a private and a public sector organization. **Administration & Society**, v. 33, p. 403-431, 2001.

HOUAISS, C. **Dicionário**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBAÑES, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 683-703, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Estimativa populacional 2011**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/PO2011_DOU.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2013.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>>. Acesso em: 02 jun. 2010.

JEFFS, L. et al. Case study: reconciling the quality and safety gap through strategic planning. **Nursing Leadership**, Toronto, v.19, n. 2, p. 32-40, 2006.

JUNIOR, D.D.A.B.; HECK, R.M.; CEOLIN, T. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.1, n.1, p. 41-50, 2011.

JUNIOR, D.D.A.B.; HECK, R.M.; CEOLIN, T. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 41-50, 2011.

KIAN, K.O.; MATSUDA, L.M.; WAIDMANN, M.A.P. Compreendendo o cotidiano profissional do enfermeiro-líder. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.12, n.4, p.724-731, 2012.

KILDEA, S.; BARCLAY, L.; BRODIE, P. Maternity care in the bush: using the Internet to provide educational resources to isolated practitioners. **Rural Remote Health**, Geelong, v. 6, p. 559, 2006. Disponível em: <<http://rrh.deakin.edu.au>>. Acesso em: 08 set. 2009.

KITSON, A. Nursing leadership: bringing caring back to the future. **Quality in Health Care**, Geelong, v.10, n. II, p. II79-84, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765753/pdf/v010p0ii79.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

KUHN, T. **The structure of scientific revolutions**. 4. ed. Chicago: The University of Chicago Press, 2012.

KURCGANT, P.H.C.P.; CIAMPONEm M.H.T. A liderança na administração do pessoal d enfermagem segundo a percepção de enfermeiras, auxiliares e atendentes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 416-438, 1996.

LANZONI, G.M.M. **A Rede de Relações e Interações do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva da complexidade**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

LANZONI, G.M.M. et al. La Teoría Fundamentada: un estudio bibliométrico de la enfermería brasileña. **Index Enfermería**, Granada, v. 20, n. 3, p. 209-214, 2011.

_____. Planejamento em enfermagem e saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista EnfermagemUERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 430- 435, 2009.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 19, n.3, p. 651-658, 2011.

_____; _____. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 464-470, 2012.

_____; _____. Leadership of the nurse: an integrative literature review; Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura; Liderazgo del enfermero: una revisión integradora de la literatura. **Revista latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.3, p. 651-658, 2011.

LASCHINGER, H.K. et al. A profile of the structure and impact of nursing management in Canadian hospitals. **HealthcareQuarterly**, Toronto, v.11, n. 2, p. 85-94, 2008.

LIKERT, R.; LIKERT, J.G. **Administração de conflitos**: novas abordagens. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1979.

LIMA, J.C.; MOURA, M.C. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, 2005.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008. p. 107-140.

LOURENÇO, M.R.; TREVIZAN, M.A. Líderes da enfermagem brasileira - sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança & enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 14-19, 2001.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. **Health services research**, Chicago, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

MAFRICA, L. et al. ONS 2002 environmental scan: a basis for strategic planning. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v.29, n.9, p. 99-109, 2002.

MEDEIROS, C.R.G. et al. Nurses and doctors turnover: an impasse in the implementation of the Family Health Strategy. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1521-1531, 2010.

MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. Redes sociais, complexidade,

vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, 2008.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 34 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

MELO, C.M. et al. Avaliação da gestão terceirizada em uma unidade básica de saúde: resultados preliminares. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 22/v. 23, n. 1-3, p. 45-56, 2009.

MELO, F.A.B.; GOULART, B.F.; TAVARES, D.M.S. Gerência em saúde: a percepção de coordenadores da estratégia saúde da família, em Uberaba-MG. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 3, p.498-505, 2011.

MENÁRGUEZ PUCHE, J.F.; SATURNO HERNÁNDEZ, P.J. Characteristics of the leadership of health center coordinators in the autonomous community of Murcia. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 22, n. 10, p. 363-641, 1998.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERKELEY, K.K.; FRASER, A.D. Effective collaboration: the key to better healthcare. **Nursing Leadership**, Toronto, v. 21, n. 2, p. 51 2008.

MILLS, J. et al. The Development of Constructivist Grounded Theory. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 5, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5_1/PDF/MILLS.PDF> Acesso em: 01 jun. 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2008.

MIRANDA, C.M.L. **O risco e o bordado**: um estudo sobre a formação da identidade profissional. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1996. 212p.

MOREIRA, M.C.; SILVA, S.C.S.B. Práticas de liderança adotadas por enfermeiros no serviço noturno. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio

de Janeiro, v. 15, n. 2, p.183-189, 2007.

MORIN E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4 ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

_____. **O método I: a natureza da natureza**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

_____. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008a.

_____. **Ciência com consciência**. 11. ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 2008b. 344 p.

_____. **Meus Filósofos**. Tradução Edgard de Assis Carvalho e Mariza Perassi Bosco. Porto Alegre: Sulina, 2013.

_____. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Europa-América, 1996.

MUNHOZ, S. **Custo-padrão dos procedimentos de enfermagem na assistência ao paciente crítico: diferenças entre a prescrição da enfermeira e a do médico**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.

MURTHY, R. Implementation of strategies to control antimicrobial resistance. **Chest Journal**, Northbrook, v. 119, n.2, p. 405-411, 2001. Disponível em: <http://chestjournal.chestpubs.org/content/119/2_suppl/405S.full.html>. Acesso em: 08 set. 2009.

NEUDORF, K. et al. Nursing education: a catalyst for the patient safety movement. **Healthcare Quarterly**, Toronto, v. 11, n. spe, p. 35-39, 2008.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem** : o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, F.B.; SANT'ANNA, A.S.; VAZ S.F. Liderança no contexto da nova administração pública: uma análise sob a perspectiva

de gestores públicos de Minas Gerais e Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 6, p. 1453-1475, 2010.

PABLO, A.L. et al. Identifying, enabling and managing dynamic capabilities in the public sector. **Journal of Management Studies**, v.44, n.5, p. 687-708, 2007.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. 2007. Tese (Doutorado em Saúde coletiva) – Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 1819-1829, 2007.

PALIADELIS, P.S. Rural nursing unit managers: education and support for the role. **Rural and Remote Health**, v. 5, n. 1, p. 325, 2005.

PATE, R.R. et al. Promoting physical activity in children and youth: a leadership role for schools. **Circulation**, Dallas, v.114, p. 1214-1224, 2006.

PAULA, G. F. et al. Concepções de liderança entre enfermeiras assistenciais de um hospital do norte de Minas Gerais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.14, n.4, p. 821-830, 2012.

PAULINO, T.S.; GUIMARÃES, J. Interfaces of the work process of the nurse in the family health strategy. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 7, n. 2, p. 389-396, 2012.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n. 3, p. 492-499, 2006.

PETRAGLIA, I.C. **Edgar Morin**: A educação e a complexidade do ser e do saber. Petrópolis: Vozes, 2008.

PIRES, D.; GELBCKE, F.L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível

médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-325, 2004.

PLSEK, P.E.; WILSON, T. Complexity science: complexity, leadership, and management in healthcare organisations. **BMJ: British Medical Journal**, Londres, v. 323, n. 7315, p. 746 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Divisão dos Distritos Sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria GM Nº 2.238 de 11 de setembro de 2007**. Homologa os Termos de Compromisso de Gestão - TCG e publica os Termos dos Limites Financeiros Globais - TFG de Municípios do Estado de Mato Grosso do Sul e de Municípios dos Estados do Paraná e Santa Catarina, homologados pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2007a.

_____. Departamento de Atenção à Saúde **Planejamento**. 2012. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmxbwGFuZWphbWVudG9lbXNhdWRlcG1mfGd4OjIwNzFmODdhYzUzN2NlMzY>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria SS/GAB nº 283 de 06 de agosto de 2007**. Aprova a Política Municipal de Atenção a Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2007b. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/05_11_2009_8.56.23.de1f8ea2fd463f0779780d30f439f9fc.doc> Acesso em: 02 jun 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNDU. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. Ranking decrescente do IDH dos municípios do Brasil. 2003. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Ranking2003>. Acesso em: 14 abr. 2013.

PRONOVOST, P.J. et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. **Quality & Safety in Health Care**, Londres, v. 12, n. 6, p. 405-410, 2003.

RANGEL, R.F. et al. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.16, n.3, p.498-504, 2011.

REZENDE, D.A. Planejamento de informações públicas municipais: sistemas de informação e de conhecimento, informática e governo eletrônico integrados aos planejamentos das prefeituras e municípios. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 3, p. 505-536, 2007.

RICHARDSON, J. et al. Measuring the contribution and complexity of nurse and physiotherapy consultants: a feasibility study. **The Open Nursing Journal**, Hilversum, v. 2, p. 8-14, 2008.

ROBBINS, S.P. **Administração**. São Paulo: Saraiva, 2005.

ROCKERS, P.C. et al. Preferences for working in rural clinics among trainee health professionals in Uganda: a discrete choice experiment. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 12, n. 1, p. 212, 2012.

RODGER, G L. Developing global leaders through doctoral education. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.5, p. 816-820, 2004.

ROQUETE, F.F. et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde pública. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.2, n.3 p. 463-474, 2013.

ROSENSTOCK, K. et al. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, Fortaleza, v. 16, n. 4, p. 727-733, 2011.

ROST, J. **Leadership for the twenty-first century**. New York: Praeger, 1991.

SAARIKOSKI, M. et al. Validation of Clinical Learning Environment and Supervision Scale. **International Journal Nursing Education**

Scholarship, Cambridge, 2005. Disponível em: <<http://www.bepress.com/ijnes/vol2/iss1/art9/>>. Acesso em: 08 set. 2009.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Cobertura Populacional e de Equipes na Estratégia de Saúde da Família**. 2010. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3065&Itemid=85> Acesso em: 02 jun. 2011.

SANTOS, I.; CASTRO, C.B. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n.1, p. 154-160, 2010.

SANTOS, K.M.A.B.; SILVA, M.J.P. Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 97-108, 2003.

SAVASSI, L. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 17-22, 2012.

SAWYER, M.G. et al. Nurse perceptions of family home-visiting programmes in Australia and England. **Journal of paediatrics and child health**, Boston, v.49, n.5, p. 369-374, 2013.

SAXE-BRAITHWAITE, M. Nursing entrepreneurship: instilling business acumen into nursing healthcare leadership. **Nursing Leadership**, Toronto, v.16, n. 3, p. 40-42, 2003.

SHIREY, M.R. Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. **American Journal and Critical Care**, Aliso Viejo, v.15, n.3, p. 256-267, 2006. Disponível em: <[http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/external_ref?link_type=PERMISSION DIRECT](http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/external_ref?link_type=PERMISSION_DIRECT)> . Acesso em: 08 set. 2009.

SILVA, M.M. **O gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. 350p.

SILVEIRA, D.S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1714-1726, 2010.

SIMÕES, A.L.A. **Desenvolver o potencial de liderança: um desafio para o enfermeiro**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SMITH E, L. et al. The cancer and leukemia group B oncology nursing committee (1983-2006): a history of passion, commitment, challenge, and accomplishment. **Clinical Cancer Research**, Philadelphia, v.12, n. 11, p. 3638-3641, 2006.

SOLHEIM, K.; MCELMURRY, B.J.; KIM, M.J. Multidisciplinary teamwork in US primary health care. **Social Science and Medicine**, Nova York, v. 65, n. 3, p. 622-634, 2007.

SOUSA, G. F. M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SOUZA, S.S. **Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais**. 2010. 258 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SPAGNOL, C.A. Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.9, n.4, p. 822-827, 2011.

SPAGNOL, C.A.; FERRAZ, C.A. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.1, p. 15-20, 2002.

SPAGNUOLO, R.S.; PEREIRA, M.L. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura.

Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n. 6, p. 1603-1610, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, Nova York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STERN, P.N. In the beginning Glaser and Strauss created Grounded Theory. In: MORSE, J.M. et al. **Developing Grounded Theory: the second generation**. Walnut Creek: Left Coast Press, 2009. p. 35-54.

STERN, P.N.; KERRY, J. Example: Restructuring life after home loss by fire. In: MORSE, J.M. et al. **Developing Grounded Theory: the second generation**. WalnutCreek: Left Coast Press, 2009. p. 66-83.

STRAPASSON, M.R.; MEDEIROS, C.R.G. Liderança transformacional na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n. 2, p. 228-233, 2009.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TANNENBAUM, R.; SCHMIDT, W. **Como escolher um padrão de liderança**. Coleção Harvard de Administração. São Paulo: Nova Cultural, 1986.

TAVEIRA, Z.Z.; SOUZA, R.A.; MACHADO, M.H. Precarização dos vínculos de trabalho na estratégia saúde da família: revisão de literatura. **Divulgando saúde em debate**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 102-110, 2012.

THOFEHRN, M.B. **Vínculos profissionais: uma proposta para o trabalho em equipe na enfermagem**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

UEDA, I. et al. Evaluation of the effects of a leader-training program on public health nurse leadership for staff in Japan. **Open Journal of Nursing**, Irvine, v. 2, n.3, p. 246-253, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Biblioteca Universitária**. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/>>. Acesso em: 02 jun. 2010.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C. P. Management practice and conception and family health strategy managers. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 531-562.

VESTERINEN, S.; ISOLA, A.; PAASIVAARA, L. Leadership styles of Finnish nurse managers and factors influencing it. **Journal of Nursing Management**, v.17, p. 503-509, 2009.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl, p. 225-264, 2005.

VICENZ, R.B.; GIRARD, M.W.; LUCAS, A.C.S. Leadership in Family Health (PSF): a view through the perspective of power flow. **Saúde&Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 82-87, 2010.

WALLIN, L. et al. National guidelines for Swedish neonatal nursing care: evaluation measuring of clinical application. **International Journal for Quality Health Care**, Cary, v.12, n. 6, p. 465-447, 2000.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 635-667.

WEYMOUTH, S. et al. What are the effects of distance management on the retention of remote area nurses in Australia? **Rural Remote Health**,

Geelong, v. 7, p. 652, 2007.

WHO – World Health Organization. **Alma-Ata**. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978.

WONG, C.A.; CUMMINGS G.G. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 15, n. 5, p. 508-521, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics 2010**. France: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2013.

ZINN, J.S. et al. Doing better to do good: the impact of strategic adaptation on nursing home performance. **Health Services Research**, Chicago, v. 42, n. 3, p. 1200-1218, 2007.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO
MODELO “REVELANDO O EXERCÍCIO DA LIDERANÇA
COMPLEXA PELO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE”**

**INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO MODELO
“REVELANDO O EXERCÍCIO DA LIDERANÇA COMPLEXA
PELO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”**

Validador:

Instituição:

**RESPONDA AS QUESTÕES 1 E 2 COM BASE NO MATERIAL
EM ANEXO**

1) Validação dos 6 componentes do modelo paradigmático:

Para auxiliar nesta etapa, será apresentado o esquema proposto por Sousa (2008)¹, que facilita a identificação dos seis componentes:

O que está acontecendo aqui? (fenômeno);

Onde acontece? (contexto);

O que influencia? (condição causal);

O que pode restringir/facilitar/difícultar? (condição interveniente);

*Quais estratégias são utilizadas para lidar com o fenômeno?
(estratégias);*

O que acontece como resultado? (consequência).

Após esse esclarecimento, comente sobre a clareza e coerência de cada componente do modelo.

2) Validação do conteúdo expresso em relação à realidade vivenciada como profissional enfermeiro e/ou pesquisador

Comente sobre sua experiência em relação ao modelo apresentado, expresso pelos seis componentes. Você se reconhece/vivenciou o que está representado nas categorias?

¹ SOUSA, F.G.M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde:** dos seus contornos ao encontro com a integralidade. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Há algo que não foi contemplado no modelo?

Em relação à apresentação do modelo, você considera que há integração entre as categorias?

Os nomes das categorias são adequados? Quais alterações você sugere?

No que tange o nível de abstração do modelo e generalização, qual a abrangência do modelo? Poderia ser aplicado em outros cenários do contexto em saúde? Poderia ser aplicado em outras cidades?

ITEM 1 BREVE APRESENTAÇÃO DA TESE

PERGUNTA DE PESQUISA: Como os enfermeiros experienciam e significam o exercício da liderança nos serviços de Atenção Básica à Saúde?

OBJETIVO: Compreender o significado do exercício da liderança por enfermeiros inseridos nos serviços de Atenção Básica à Saúde, elaborando um referencial teórico filosófico.

REFERENCIAL TEÓRICO: Teoria da Complexidade.

REFERENCIAL METODOLÓGICO: Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

PERCURSO METODOLÓGICO:

A coleta dos dados foi iniciada em setembro de 2011 e concluída em julho de 2012, nas unidades básicas de saúde do município de Florianópolis (SC), através de entrevista aberta com a questão norteadora: Como você percebe o exercício de liderança pelo enfermeiro na Atenção Básica? Foram entrevistados 30 enfermeiros distribuídos em 4 grupos amostrais, conforme o quadro a seguir:

Grupo amostral	Participantes	Número
1º	Enfermeiros de Equipe da Estratégia Saúde da Família	6
2º	Enfermeiros Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde e de Regionais	7
3º	Enfermeiros que atuam no nível central	10
4º	Enfermeiros com <i>expertise</i> no tema (professores universitários)	7
Total		30

A TFD é um método de pesquisa no qual coleta de dados, análise e teoria mantêm uma relação muito próxima, e tem o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos, sendo iniciada em uma área de estudo ampla, e permitindo que a teoria surja influenciada pelos dados descobertos, e não apenas pelas especulações do pesquisador, configurando um guia importante para a ação.

A TFD ocorre em três etapas que acontecem simultaneamente: codificação aberta, axial, e seletiva. A codificação aberta é o primeiro passo para a análise, consistindo em separar, examinar, comparar e conceituar os dados obtidos, sendo os dados analisados linha a linha, e cada fala do entrevistado transformada em um código antes de serem agrupados por semelhanças e diferenças. Os agrupamentos dos códigos constituem as subcategorias, rotuladas de acordo com o tema de que tratam. O segundo passo da análise é a codificação axial, onde os dados são novamente agrupados, formando as categorias. A codificação seletiva é a busca e desenvolvimento do fenômeno ou categoria central, em torno do qual giram todas as demais categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008)¹.

¹ STRAUSS A, CORBIN J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ITEM 2

APRESENTAÇÃO DO MODELO



APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Profa. Dra. Betina H. S. Meireles (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Gabriela Marcellino de M Lanzoni, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada **Liderança em Enfermagem no contexto da atenção básica em saúde sob a perspectiva da complexidade**, que tem como objetivo de compreender o significado do processo de liderança para enfermeiros inseridos na Atenção Básica em Saúde do município de Florianópolis (SC), elaborando um referencial teórico filosófico.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de uma entrevista, que será gravada e transcrita. Para a análise das informações será utilizada a teoria fundamentada em dados. Informo que esta pesquisa não trará riscos à sua pessoa, e poderá contribuir na construção de melhores práticas e relações na equipe de saúde.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição. Os dados serão utilizados em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

A pesquisadora, Gabriela Marcellino de M Lanzoni, coloca-se disponível para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 84110125, pelo e-mail gabimrc@yahoo.com.br ou pessoalmente. O material coletado durante a entrevista poderá ser consultado sempre que desejar, mediante solicitação.

Nesses termos e considerando-se livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Assinatura da pesquisadora:

Data: ___/___/___

Nome do participante:

RG/CPF:

Assinatura do participante:

ANEXOS

ANEXO A - PUBLICAÇÃO DO MANUSCRITO 1 DA TESE EM PERÍODICO CIENTÍFICO

Rev. Latino-Am. Enfermagem
19(3) (08 telas)
maio-jun 2011
www.eerp.usp.br/rlae

Artigo Original

Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni¹

Betina Hörner Schindwein Meirelles²

Trata-se de revisão integrativa da literatura, que buscou evidenciar e discutir as principais características do conceito de liderança e do enfermeiro líder, bem como suas contribuições para a prática em enfermagem e saúde, a partir de publicações científicas de enfermagem indexadas na base de dados Medical Literature and Retrieval System on Line (MEDLINE), entre 1998 e 2008. Seguindo os critérios de inclusão, totalizaram-se 36 estudos selecionados para análise, dos quais 89% (33 artigos) foram publicados em periódicos estrangeiros e 11% (3) publicados em periódicos nacionais. Os perfis de enfermeiros líderes encontrados foram o autoritário e o autêntico, sendo a liderança evidenciada como ferramenta organizacional que articula comunicação, relações interpessoais, planejamento, o compromisso com o êxito e a resolutividade de conflitos. A educação apresenta-se como fundamental para a formação de líderes, relacionando diretamente a valorização da titulação acadêmica ao aperfeiçoamento dessa competência.

Descritores: Liderança; Enfermagem; Pesquisa em Administração de Enfermagem.

¹ Enfermeira, Doutoranda, Universidade Federal de Santa Catarina, SC, Florianópolis, Brasil. E-mail: gabimrc@gmail.com.

² Enfermeira, Doutora em Filosofia da Saúde e Enfermagem, Professor, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: betinahsm@ig.com.br.

ANEXO B - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSITY OF ALBERTA

----- Forwarded message -----

From: <hero@ualberta.ca>

Date: Fri, Nov 9, 2012 at 3:02 PM

Subject: HERO: Ethics Application has been Approved Pro00034879

To: lanzoni@ualberta.ca

University of Alberta

Ethics Application has been Approved

ID: [Pro00034879](#)

Title: NURSING LEADERSHIP IN PRIMARY HEALTH CARE FROM THE COMPLEXITY PERSPECTIVE

Study Investigator: [Greta Cummings](#)

This is to inform you that the above study has been approved.

Description: Click on the link(s) above to navigate to the HERO workspace.

Please do not reply to this message. This is a system-generated email that cannot receive replies.

University of Alberta
Edmonton Alberta
Canada T6G 2E1

ANEXO C - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC

21/11/11

Certificado



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



CERTIFICADO Nº 2171

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, insituído pela PORTARIA N.º 0584/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA**, que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2171 **FR:** 447120

TÍTULO: Liderança e Enfatização no contexto da atenção básica.

AUTOR: Betina Homer Schindwein Meinelle, Gabriela Marcelino de Melo Lanzoni

FLORIANÓPOLIS, 17 de Outubro de 2011.

 Coordenador do CEPSH/UFSC

ANEXO D - PARECER DA INSTITUIÇÃO



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Integração Ensino Serviço

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTOS DOS PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE

Ofício Nº 11/2011

Florianópolis, 30 de agosto de 2011

Para: Prof^o Betina Hörner Schlindwein Meirelles
De: Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde.

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa "Enfermagem e liderança no contexto da atenção básica sob a perspectiva da complexidade" enviado por V^{ra} S^{ra} a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para execução na Secretaria Municipal de Saúde.

Certas de sua atenção estamos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 3239-1573.

Atenciosamente,

Márcia Suely Del Castanheira
Gerente
Serviço de Programas Estratégicos
Florianópolis, 30 de agosto de 2011

Márcia Suely Del Castanheira

Membro da Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde