

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

JOSÉ LUÍS GUEDES DOS SANTOS

**GOVERNANÇA DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR**

**FLORIANÓPOLIS
2014**

José Luís Guedes dos Santos

**GOVERNANÇA DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR**

Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Santos, José Luis Guedes dos
Governança da prática profissional de enfermagem no
ambiente hospitalar / José Luis Guedes dos Santos ;
orientador, Alacoque Lorenzini Erdmann - Florianópolis, SC,
2014.
253 p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Supervisão de Enfermagem. 3. Avaliação
de Serviços de Saúde. 4. Administração Hospitalar. 5.
Governança Clínica. I. Erdmann, Alacoque Lorenzini. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

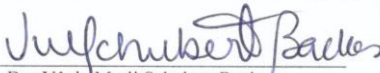
JOSÉ LUÍS GUEDES DOS SANTOS

**GOVERNANÇA DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM
NO AMBIENTE HOSPITALAR**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada em sua versão final em 31 de janeiro de 2014, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde.



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

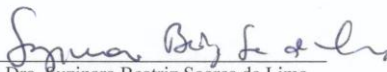
Banca Examinadora:



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Presidente



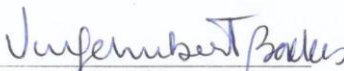
Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha
Membro



Dra. Suzinara Beatriz Soares de Lima
Membro



Dr. Sergio Luis Boeira
Membro



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Membro



Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Membro

AGRADECIMENTOS

“Não há no mundo exagero mais belo que a gratidão”
(Jean de la Bruyere).

- ✓ A *Deus*, por sempre estar fazendo com que tudo coopere para o meu bem!
- ✓ Aos meus pais, *José Reis dos Santos* e *Gessi Silva Guedes*, muito obrigado por diretamente e indiretamente tornaram este sonho possível!
- ✓ À *Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann*, meu exemplo de pesquisador na Enfermagem, muito obrigado pela oportunidade de ter sido seu orientando! Obrigado por todos os momentos de aprendizado e pelos desafios lançados ao longo do meu processo de formação como Doutor! Agradeço também por me inspirar e me mostrar o que é ser um Doutor de Classe Mundial! Por tudo isso, é que a considero a minha grande mentora acadêmica!
- ✓ À *Profa. Dra. Adelina Giacomelli Prochnow*, minha orientadora de iniciação científica na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e por isso minha “mãe” de pesquisa, por me apresentar ao mundo da pesquisa em Enfermagem, por todos seus ensinamentos e pelo exemplo de profissional e ser humano: meu reconhecimento e minha gratidão sempre!
- ✓ À *Profa. Dra. Joséte Luzia Leite*, que considero minha “avó” de pesquisa, pelo exemplo de mestre incansável e pelo grande incentivo à minha trajetória acadêmica na Enfermagem.
- ✓ Às amigas *Soeli Terezinha Guerra*, *Estela Regina Garlet* e *Rosângela Marion da Silva*, pela contribuição à minha formação acadêmica e exemplo de competência profissional.
- ✓ Às amigas *Betina Rodrigues*, *Clarissa Rodrigues*, *Dalva da Silva*, *Daiana de Araújo*, *Graciele Linch*, *Janaina de Oliveira*, *Grassele Diefenbach*, *Maria de Lourdes Rodrigues Pedroso* e *Marinês Aires*, pelo incentivo, carinho e companheirismo!

- ✓ Às *Profas. Dras. Suzinara Soares de Lima, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Vânia Marli Schubert Backes* e ao *Prof. Dr. Sérgio Luís Boeira*, por aceitarem compor a banca examinadora desta Tese e pelas contribuições para aprimorá-la.
- ✓ À *Profa. Dra. Selma Regina de Andrade*, pelas importantes contribuições no exame de qualificação do projeto que originou esta Tese e pelo aprendizado ao longo da nossa convivência no Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES).
- ✓ Aos colegas e amigos do GEPADES, pelos momentos de discussão e reflexão e pelas parcerias na realização de pesquisas e elaboração de artigos científicos, em especial *Patrícia Klock, Rafael Marcelo Soder, Giovana Dorneles Callegaro Higashi e Monique Haenske Senna, Livia Crespo Drago e Cintia Koerich*.
- ✓ Meu agradecimento especial à minha equipe de pesquisa do GEPADES: *Aline Lima Pestana de Magalhães, Roberta Juliane Tono de Oliveira, Fernanda Hannah da Silva Copelli e Viviane Pecini da Cunha*, pela participação e pelo envolvimento no nosso macroprojeto sobre Governança em Enfermagem. E obrigado também pela amizade de vocês!
- ✓ Aos enfermeiros que gentilmente e prontamente participaram deste estudo, pela atenção e disponibilidade.
- ✓ Aos colegas da Turma de Doutorado em Enfermagem do PEN/UFSC, pelos momentos de convivência e aprendizado.
- ✓ A todos os bolsistas e funcionários técnico-administrativos do Programa de Pós-Graduação em e Departamento de Enfermagem da UFSC, em especial, *Rafaela Cespedes e Claudia Crespi Garcia*, pelo auxílio competente nos momentos que precisei e por todos os “galhos quebrados”, ah, e, desculpem qualquer coisa!
- ✓ Aos professores do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC, pelas inúmeras oportunidades de crescimento acadêmica e profissional, durante o período do Curso de Doutorado.

- ✓ Aos professores da Escola de Enfermagem da UFRGS, em especial minha orientadora *Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima*, pelos conhecimentos compartilhados e múltiplos aprendizados oportunizados durante o Curso de Mestrado.
- ✓ Aos professores do Departamento de Enfermagem da UFSM, pela contribuição à minha formação acadêmica e profissional, durante o período do Curso de Graduação.
- ✓ A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da minha Bolsa de Doutorado e pelo incentivo à educação e pesquisa científica no Brasil.
- ✓ Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de Bolsa de Doutorado Sanduíche no Exterior, por meio do Programa Ciência sem Fronteiras (Processo nº 245598/2012-0).
- ✓ Aos professores e funcionários da *Kent State University's College of Nursing*, em especial *Dras. Mary Anthony e Ratchneewan Ross*, pelo acolhimento, disponibilidade e atenção dispensada durante o meu Doutorado Sanduíche.
- ✓ À *Família Griffiths*, minha *american host family*, pelo acolhimento, pelo convívio e pela amizade durante o Doutorado Sanduíche nos Estados Unidos.

Conhecimento se resolve assim: o que eu não sei, pesquiso, converso com quem sabe ou contrato quem é especialista. Agora, iniciativa, coragem, visão, vontade, resiliência, ousadia e determinação não se compram na padaria. Tudo isso vem de dentro quando se está decidido a mudar de vida e fazer história.

(Flavio Augusto, Geração de Valor)

SANTOS, José Luís Guedes dos. **Governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar**. 2014. 253p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RESUMO

A governança da prática profissional de enfermagem compreende processos e estruturas que conferem aos enfermeiros autonomia, controle e autoridade sobre a prática de enfermagem. Este estudo teve como objetivos: 1) Analisar o ambiente da prática profissional do enfermeiro, características organizacionais e variáveis associadas à governança de enfermagem no contexto hospitalar; e, 2) Construir um modelo interpretativo a partir dos significados atribuídos pelos enfermeiros às relações/interações/associações no processo de governança da prática de enfermagem. A fundamentação teórica baseia-se nos pressupostos da Governança Compartilhada e Gestão e Complexidade Organizacional. Pesquisa de métodos mistos com triangulação concomitante entre dados de um estudo transversal com 106 enfermeiros e uma Teoria Fundamentada nos Dados com 63 participantes divididos em três grupos amostrais (32 enfermeiros assistenciais, 13 enfermeiros gestores e 18 profissionais da equipe de saúde). O cenário investigado foi o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, SC, Brasil. Os dados quantitativos foram coletados por meio do *Nursing Work Index-Revised* (NWI-R) e submetidos à análise estatística o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Foram utilizadas medidas de tendência central e medidas de dispersão, a análise de variância (ANOVA) e Teste de *Bonferroni* ou *Teste de Tukey*. Os testes estatísticos foram considerados significativos quando p -valor $< 0,05$. Os dados qualitativos foram obtidos com entrevistas e vinhetas e analisados mediante codificação inicial, seletiva e focalizada no software NVIVO®. A coleta de dados ocorreu de novembro de 2012 a novembro de 2013. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Processo nº 144.436). O estudo quantitativo demonstrou que o ambiente hospitalar é favorável à governança da prática de enfermagem pelos enfermeiros. As médias das subescalas do NWI-R (1-4) foram: 2,07 para autonomia; 2,48 para controle sobre o ambiente; 2,14 para relações entre médicos e enfermeiros; e, 2,20 para suporte organizacional. Esses valores revelam que os enfermeiros julgaram ter autonomia, controle sobre o ambiente, boas relações com

os médicos e suporte organizacional. Foi identificada associação estatística entre governança da prática de enfermagem e satisfação no trabalho. Das 15 características organizacionais do NWI-R, apenas quatro foram consideradas desfavoráveis: uma relativa à autonomia e três ao controle do ambiente. No estudo qualitativo, evidenciou-se o fenômeno “Exercendo a governança da prática profissional de enfermagem em um hospital universitário”, que é sustentado por dez categorias e 33 subcategorias. As categorias encontradas foram: Contornando as ambiguidades do suporte organizacional; Gerenciando os serviços de enfermagem; Gerenciando o cuidado de enfermagem; Desenvolvendo conhecimentos e aptidões gerenciais; Tomando decisões e repassando deliberações; Estabelecendo processos interacionais; Tendo autonomia; Assumindo a liderança da equipe de enfermagem; Promovendo a qualidade assistencial; e, Supervisionando o trabalho da equipe de enfermagem. A articulação entre as categorias mostra que a governança dos enfermeiros baseia-se no exercício gerencial e na gerência do cuidado, a partir do suporte organizacional e das interações/relações profissionais, o que lhes possibilita autonomia e capacidade de liderança e supervisão da equipe de enfermagem visando à qualidade assistencial. Com base nas convergências e combinações dos resultados qualitativos e quantitativos, sustenta-se a tese: O ambiente hospitalar é favorável à governança dos enfermeiros na prática profissional de enfermagem, em relação à autonomia, ao controle sobre o ambiente, às boas relações com os médicos, ao suporte organizacional e satisfação com o trabalho. O exercício dessa governança apoia-se e concretiza-se por meio relações/interações/associações múltiplas, complexas e paradoxais dos enfermeiros com e entre a equipe de enfermagem/saúde e demais atores da organização em busca da excelência do cuidado de enfermagem.

Palavras-chaves: Supervisão de Enfermagem. Gerência. Avaliação de Serviços de Saúde. Administração Hospitalar. Governança Clínica.

SANTOS, José Luís Guedes dos. **Nursing professional governance practice in the hospital environment**. 2014. 253p. PhD in Nursing Doctorate Dissertation. Graduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Brazil, 2014.

ABSTRACT

Nursing Professional Governance practice comprises processes and structures that give nurses autonomy, control, and authority over nursing practice. The following study aimed to: 1) analyze the environment of professional practice nurses, organizational characteristics, and variables associated to governance nursing in the hospital environment, and 2) Build an interpretive model from the meanings attributed by nurses to the relations and governance process of nursing practice. The theoretical framework is based on the assumptions of Shared Governance and Management and Organizational Complexity. Mixed methods of research with concurrent triangulation of data from a cross-sectional study with 106 nurses and a Grounded Theory with 63 participants divided into three sample groups (32 registered nurses, 13 nurse managers, and 18 health professionals). The scenario investigated was *Professor Polydoro Ernani de São Thiago* University Hospital, in the city of *Florianópolis*, in the state of *Santa Catarina*, Brazil. Quantitative data were collected through *Nursing Work Index-Revised* (NWI-R) and analyzed applying descriptive statistics, analysis of variance and bivariate analysis of the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Statistical tests have been considered significant when $p\text{-value} < 0.05$. Qualitative data were obtained through interviews and vignettes and analyzed by initial and focused coding in NVIVO® software. Data collection occurred from November 2012 to November 2013. The research project has been approved by the Ethics in Research Committee (Case No. 144,436). The quantitative study showed that the hospital environment is favorable to the governance of nursing practice by nurses. The means of the subscales of the NWI-R (1-4) were 2.07 for autonomy, 2.48 for control over the environment, 2.14 for relations between doctors and nurses, and 2.20 for organizational support. Thus, the nurses considered to have autonomy, control over the environment, good relationships with doctors, and organizational support. Statistical association between nursing governance practice and job satisfaction has been identified. Considering the 15 organizational characteristics of the NWI-R, only four were considered unfavorable: one related to autonomy and three to control of environment. In the qualitative study,

the phenomenon "Exercising the governance of professional nursing practice in a university hospital" has been highlighted, which is supported by ten categories and 33 subcategories. The categories were: contouring the ambiguities of organizational support; Managing nursing services; Managing nursing care; Developing knowledge and managerial skills; Taking decisions and passing resolutions, establishing interactional processes; having autonomy; Assuming leadership of the nursing team, Promoting quality care, and supervising the work of the nursing team. The articulation between the categories shows that governance of nurses is based on managerial practice and care management, from organizational support and professional interactions/relationships, allowing them autonomy and leadership and supervision of the nursing staff aimed at healthcare quality. Based on the similarities and combinations of qualitative and quantitative results, the following thesis is supported: The hospital environment is favorable to the exercise of governance of nurses in professional nursing practice in relation to autonomy, control over the environment, relationships with doctors, organizational support, and job satisfaction. The exercise of such governance is materialized by the relationships, interactions and multiple associations, complex and paradoxical associations of nurses with and between the nursing/health team and other actors of the organization aiming to achieve excellence in nursing care.

Keywords: Nursing, Supervisory. Management. Health Services Evaluation. Hospital Administration. Clinical Governance.

SANTOS, José Luís Guedes dos. **Gobernanza de la práctica profesional de Enfermería en el ambiente hospitalario**. 2014. 253p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RESUMEN

La gobernanza de la práctica profesional de Enfermería comprende procesos y estructuras que confieren a los enfermeros autonomía, control y autoridad sobre la práctica de Enfermería. Este estudio tuvo como objetivos: 1) Analizar el ambiente de la práctica profesional del enfermero, características organizacionales y variables asociadas a la gobernanza de Enfermería en el ambiente hospitalario y, 2) Construir un modelo interpretativo a partir de los significados atribuidos por los enfermeros a las relaciones y en el proceso de gobernanza de la práctica de Enfermería. La fundamentación teórica se basa en los presupuestos de la Gobernanza Compartida, Gestión y Complejidad Organizacional. Investigación de métodos mixtos con triangulación concomitante entre datos de un estudio transversal con 106 enfermeros y una Teoría Fundamentada en los Datos con 63 participantes divididos en tres grupos muestrales (32 enfermeros asistenciales, 13 enfermeros gestores y 18 profesionales equipo de salud). El escenario investigado fue el Hospital Universitario Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, SC, Brasil. Los datos cuantitativos fueron recolectados por medio del Nursing Work Index-Revised (NWI-R) y analizados por medio de estadística descriptiva, análisis de varianza y análisis bivariada en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Los testes estadísticos fueron considerados significativos cuando el p-valor <0,05. Los datos cualitativos fueron obtenidos con entrevistas, viñetas y analizados mediante codificación inicial y focalizados en el software NVIVO®. La recolección de los datos ocurrió de noviembre de 2012 a noviembre de 2013. EL proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Institución (Proceso N° 144.436). El estudio cuantitativo demostró que el ambiente hospitalario es favorable a la gobernanza de la práctica de Enfermería por los enfermeros. Las medias de las subescalas del NWI-R (1-4) fueron: 2,07 para autonomía; 2,48 para control sobre el ambiente hospitalario; 2,41 para relaciones entre médicos y enfermeros; y, 2,20 para el soporte organizacional. Así, los enfermeros consideraron tener autonomía, control sobre el ambiente, buenas relaciones con los médicos y soporte

organizacional. Fue identificada asociación estadística entre la gobernanza de la práctica de enfermería y la satisfacción laboral. De las 15 características organizacionales del NWI-R, apenas cuatro fueron consideradas desfavorables: una relativa a la autonomía y tres al control del ambiente. En el estudio cualitativo, se evidenció el fenómeno “ejerciendo la gobernanza de la práctica profesional de Enfermería en un hospital universitario”, que es sustentado por diez categorías y 33 subcategorías. Las categorías encontradas fueron: Contornando las ambigüedades del soporte organizacional; Gerenciando los servicios de Enfermería; Gerenciando el cuidado de Enfermería; Desarrollando conocimientos y aptitudes gerenciales: Tomando decisiones y repasando deliberaciones; Estableciendo procesos interaccionales; Teniendo autonomía; Asumiendo el liderazgo del equipo de Enfermería; Proveyendo la calidad asistencial y, Supervisando el trabajo del equipo de Enfermería. La articulación entre las categorías muestra que la gobernanza de los enfermeros se basa en el ejercicio gerencial y en la gerencia del cuidado a partir del soporte organizacional y de las interacciones/relaciones profesionales, lo que les posibilita autonomía y capacidad de liderazgo y supervisión del equipo de Enfermería visando la calidad asistencial. Con base en las convergencias y combinaciones de los resultados cualitativos y cuantitativos, se sustenta la tesis: El ambiente hospitalario es favorable al ejercicio de la gobernanza de los enfermeros en la práctica profesional de Enfermería, con relación a la autonomía, al control sobre el ambiente, a las relaciones con los médicos, al soporte organizacional y la satisfacción laboral. El ejercicio de esa gobernanza se concretiza por las relaciones, interacciones y asociaciones múltiples, complejas y paradójicas de los enfermeros con y entre el equipo de Enfermería/salud y demás actores de la organización en busca de la excelencia del cuidado de Enfermería.

Palabras clave: Supervisión de Enfermería. Gerencia. Evaluación de Servicios de Salud. Administración Hospitalaria. Gestión Clínica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos estudos sobre “ <i>Governance</i> ” AND “ <i>Nursing</i> ” no contexto mundial.....	33
Figura 2 – Principais obras no desenvolvimento da <i>Grounded Theory</i> .	86
Figura 3 – Exemplo de Memorando.....	103
Figura 4 – Exemplo de Diagrama.....	103
Figura 5 – Fragmento da lista das <i>Tree Nodes</i> do projeto no N-VIVO, com três dos nós abertos.....	105
Figura 6 – Fragmentos do conteúdo de um dos nós gerados no processo de codificação de dados.....	105
Figura 7 – Fragmento da lista das <i>Tree Nodes</i> do projeto, com a representação “nuvem de palavras” a partir da consulta de frequência de palavras.	106
Figura 8 – Diagrama representativo da integração da articulação entre as categorias, as subcategorias e o fenômeno.....	131

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese dos conceitos de Administração, Gerência e Gestão	70
Quadro 2 – Aspectos a serem considerados no planejamento de pesquisas de métodos mistos.....	80
Quadro 3 – Sistema de notação para pesquisas de métodos mistos	81
Quadro 4 – Principais estratégias de métodos mistos	82
Quadro 5 – Comparação entre os três tipos de TFD	87
Quadro 6 – Divisões da Diretoria de Enfermagem do HU/UFSC e seus respectivos Serviços	90
Quadro 7 – Subescalas do NWI-R	93
Quadro 8 – Síntese dos aspectos metodológicos do estudo.....	108
Quadro 9 – Artigos científicos elaborados a partir dos resultados da Tese	109
Quadro 10 – Apresentação das categorias, das subcategorias e do fenômeno.....	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil socioprofissional dos enfermeiros do primeiro grupo amostral (n=32)	98
Tabela 2 – Perfil sócio profissional dos enfermeiros do segundo grupo amostral (n=32)	100
Tabela 3 – Caracterização pessoal, profissional e do ambiente de trabalho dos enfermeiros (n=106)	110
Tabela 4 – Características do ambiente da prática profissional de acordo com os setores hospitalares (n=106)	112
Tabela 5 – Relação entre as subescalas do NWI-R e satisfação no trabalho (n=106).....	113
Tabela 6 – Média, desvio-padrão, mediana e variação das subescalas do NWI-R entre enfermeiros chefes de serviço e assistenciais (n=106). .	114
Tabela 7 – Características organizacionais que influenciam a governança de enfermagem no ambiente hospitalar, de acordo com o NWI-R (n=106).....	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPEN – Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem
CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CPMA – Comissão Permanente de Materiais de Assistência
GEPADES – Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde
HU – Hospital Universitário
IPNG – *Index of Professional Nursing Governance*
LILACS – Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde
NWI-R – *Nursing Work Index - Revised*
OMS – Organização Mundial da Saúde
PEN – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PUBMED – *Publisher Medline*
SciELO – Biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online*
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD – Teoria Fundamentada nos Dados
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	29
1 INTRODUÇÃO	31
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	37
2.1 GESTÃO EM ENFERMAGEM	37
2.2 ARTIGO 1 – GOVERNANÇA EM ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	45
2.3 OS HOSPITAIS COMO AMBIENTES DE CUIDADO	65
2.4 GESTÃO E COMPLEXIDADE ORGANIZACIONAL	68
3 MÉTODO	79
3.1 DESENHO DA PESQUISA	79
3.2 LOCAL DO ESTUDO	88
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	90
3.3.1 Estudo quantitativo	91
3.3.2 Estudo qualitativo	95
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	107
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	109
4.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	109
4.2 RESULTADOS QUALITATIVOS	116
4.2.1 Artigo 2 – Governança da prática de enfermagem no ambiente hospitalar: teoria fundamentada nos dados construtivista	132
4.3 INTEGRAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS	151
4.3.1 Artigo 3 – Avaliação do ambiente da prática profissional para a governança de enfermagem no contexto hospitalar	151

4.3.2 Artigo 4 – Características organizacionais da governança de enfermagem no ambiente hospitalar.....	173
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	197
REFERÊNCIAS.....	203
APÊNDICE A – Relatório de Estágio de Doutorado Sanduíche	219
APÊNDICE B – Ficha de Caracterização Pessoal, Profissional e do Ambiente de Trabalho	231
APÊNDICE C – Vinhetas para coleta de dados qualitativos	233
APÊNDICE D – Roteiro para entrevistas intensivas	235
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	237
ANEXO A – Organograma da Direção Geral do Hospital Universitário.....	239
ANEXO B – Organograma da Direção de Enfermagem do Hospital Universitário.....	241
ANEXO C – Nursing Work Index - Revised - Versão Brasileira	243
ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética	251

APRESENTAÇÃO

"A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê"
(Arthur Schopenhauer).

O objeto de pesquisa desta Tese é a governança dos enfermeiros sobre a prática de enfermagem no ambiente hospitalar.

O estudo vincula-se academicamente ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) e ao macroprojeto “Melhores práticas de gestão/gerência em ambiente hospitalar: governança e *standards* na enfermagem e saúde”, financiado pela Chamada Universal – MCTI/CNPq Nº 14/2012.

O interesse pela temática surgiu a partir da minha trajetória acadêmica e profissional na enfermagem.

Durante o Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (2004-2007), ocorreu meu primeiro contato com a área de Gestão e Gerenciamento em Enfermagem e Saúde por meio da atuação como bolsista de iniciação científica junto ao Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. No Mestrado em Enfermagem, realizado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2008-2010), procurei aprofundar meus estudos e pesquisas sobre Gestão e Gerenciamento em Saúde e Enfermagem, analisando na minha Dissertação a dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência.

Na Universidade Federal de Santa Catarina, a minha inserção como Doutorando em Enfermagem junto ao GEPADES em 2010, assim como a atuação como estagiário de docência e Professor Substituto nas disciplinas de Gestão e Gerenciamento em Saúde e Estágio Supervisionado I, impulsionaram-me a estudar novas estratégias e modelos para a gestão em enfermagem no ambiente hospitalar. Assim, ao longo dos meus estudos para delinear o projeto de tese, encontrei o modelo de Governança Compartilhada de Enfermagem, o qual inspirou a realização deste trabalho.

Embora este modelo ainda não esteja amplamente difundido no Brasil, acredito que os enfermeiros brasileiros têm desenvolvido estratégias de governança sobre a prática de enfermagem. Para

compreender tais práticas de governança, esta Tese está organizada e estruturada da seguinte forma:

No Capítulo 1, Introdução, apresento a problematização do objeto de pesquisa, a justificativa teórica para a sua realização, as questões e os objetivos norteadores e a tese a ser defendida por meio deste estudo.

O Capítulo 2 traz a fundamentação teórica, que está organizada em quatro eixos: “Gestão de Enfermagem”, “O hospital como ambiente de cuidado”, “Governança em Enfermagem” e “Gestão e complexidade organizacional”. O tópico referente à Governança em Enfermagem corresponde a um artigo de revisão integrativa, já publicado na Revista da Escola de Enfermagem da USP (Qualis A2), vol. 47, n. 6, 2013. Todavia, ressalva-se que novas buscas na literatura foram realizadas para discussão dos resultados da Tese.

No Capítulo 3, descrevem-se os aspectos metodológicos do estudo, que se configura como uma pesquisa de métodos mistos com triangulação de dados de um estudo transversal com e uma Teoria Fundamentada nos Dados.

No Capítulo 4, apresenta-se uma descrição sucinta dos resultados quantitativos e qualitativos para que o leitor tenha uma compreensão geral dos achados da pesquisa e os três artigos elaborados a partir dos mesmos, conforme estabelece a Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do PEN/UFSC.

O Capítulo 5 corresponde às Considerações Finais, em que estão apresentadas uma síntese dos resultados da pesquisa, as contribuições e as limitações do estudo, bem como recomendações para a prática, o ensino e a pesquisa em Administração em Enfermagem/ Gestão e Gerenciamento em Enfermagem e Saúde.

Registra-se que foi fundamental para o desenvolvimento deste estudo a realização de Doutorado Sanduíche na *Kent State University College of Nursing*, Kent, Ohio, Estados Unidos, sob supervisão da Dra. Mary K. Anthony, entre fevereiro e junho de 2013 (APÊNDICE A). Esse estágio contribuiu para a compreensão do estado da arte da temática investigada no âmbito internacional, bem como para o aprimoramento da minha formação profissional, acadêmica e pessoal.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Enfermagem Moderna surge a partir das três primeiras décadas do século XX, com a formação das primeiras enfermeiras diplomadas pela Escola de Enfermagem Anna Nery. Teve o seu exercício profissional regulamentado pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, sendo hoje, em 2013, uma das 21 profissões da área da saúde que tem reconhecimento governamental (GIRARDI, 2013). De acordo com dados do Conselho Federal de Enfermagem, os profissionais de enfermagem perfazem 1.446.404 de trabalhadores, o que corresponde a 64,7% da força de trabalho na saúde, sendo 625.863 (43,18%) de técnicos, 533.422 (36,80%) de auxiliares e 287.119 (19,81%) de enfermeiros (COFEN, 2011).

A partir do perfil de profissionais que compõem a força de trabalho de enfermagem no país, tem-se a divisão técnica e social do trabalho entre as atividades assistenciais e gerenciais de enfermagem, as duas principais dimensões da prática profissional da categoria. Apesar da forte relação entre essas duas dimensões, estudos têm demonstrado predominância de atividades gerenciais na atuação do enfermeiro (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; SANTOS; GARLET; LIMA, 2009; FELLI; PEDUZZI, 2011).

Os enfermeiros têm assumido cada vez mais a gerência de pessoas, de equipes e processos direta e/ou indiretamente relacionados aos cuidados que envolvem a coordenação e articulação de atividades realizadas por diferentes profissionais nos serviços de saúde (ERDMANN, BACKES, MINUZZI, 2008). O exercício de tais atividades confere um papel de destaque aos enfermeiros no contexto das indagações e investigações em nível mundial acerca da reestruturação dos modelos de gestão das organizações e serviços de saúde. Essa é uma necessidade diante da crescente complexidade dos processos de produção dos cuidados de saúde, especialmente nas instituições hospitalares.

No início do século XX, os hospitais organizaram-se com base nos princípios da administração científica, que preconizavam a divisão do trabalho em tarefas, controle de tempos e movimentos e centralização do poder e da autoridade, seguindo uma hierarquia vertical que desce do topo para a base, e à medida que sobe na escala hierárquica, aumentam o grau de responsabilidade atribuída e o nível de poder. Os pressupostos desse modelo visam à especialização do funcionário, à economia do tempo, e, conseqüentemente, ao aumento da produtividade (BERNARDES *et al.*, 2011).

Tais princípios, no entanto, não respondem mais às expectativas dos profissionais, dos pacientes e das próprias instituições, pois, com base nessa lógica, as tarefas tornam-se repetitivas e desconectadas do todo, a comunicação fica extremamente prejudicada e o trabalho hospitalar não é desenvolvido com foco nas necessidades do paciente (BERNARDES *et al.*, 2011). Desse modo, emerge a necessidade de se pensar na ampliação do poder de influência das deliberações por meio da adoção de metodologias de gestão participativas ou de cogestão em todos os níveis das instituições.

Um dos modelos que tem sido projetado diante desse cenário de transformações é a governança compartilhada. Trata-se de um modelo de prática profissional norte-americano que adota princípios sistêmicos para integrar as partes interessadas na realização das ações de cuidado e criar uma organização calcada nos princípios de parceria, equidade, prestação de contas e responsabilização, visando a excelência assistencial (PORTER-O'GRADY, HAWKINS; PARKER, 1997; HESS, SWIHART, 2013).

A Enfermagem foi uma das primeiras profissões a adotar a filosofia de governança compartilhada e promover mudanças estruturais que possibilitam maior autonomia, controle sobre a prática profissional e participação nos processos decisórios aos enfermeiros (PORTER-O'GRADY, HAWKINS; PARKER, 1997). Assim, a governança profissional de enfermagem refere-se essencialmente aos processos e as estruturas que influenciam a prática de enfermagem em uma organização (BARDEN *et al.*, 2011; BENNETT *et al.*, 2012).

O conceito de governança perpassa o conjunto de práticas que visam otimizar o desempenho de uma organização, protegendo todas as partes interessadas, ou ainda, o sistema para o qual elas são dirigidas, monitoradas e incentivadas, considerando o relacionamento entre todos os interessados, inclusive como formas de fazer com que os que não participam diretamente da gestão da instituição exerçam algum tipo de controle sobre as decisões dos gestores (IBGC, 2009; DUARTE, CARDOZO, VICENTE, 2012).

O modelo de Governança Compartilhada surgiu na década de 1980, nos Estados Unidos, como uma estratégia para habilitar os enfermeiros para determinar, influenciar e exercer controle sobre as decisões e os fatores que interferem sob a prática da profissão no contexto hospitalar. Os modelos de governança são interessantes porque são projetados para integrar valores e crenças que na prática profissional são importantes para realizar um atendimento de qualidade (ANTHONY, 2004). Representa, portanto, uma ruptura com os

tradicionais modelos de gestão hospitalares, em que os enfermeiros têm pouco poder e representação nas estruturas formais hierárquicas das organizações (KRAMER *et al.*, 2008; BALLARD, 2010; FRAY, 2011).

Estudos sobre Governança Compartilhada em Enfermagem têm sido desenvolvidos em vários países. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos, por exemplo, pontuam que a Governança Compartilhada, como uma proposta de alinhamento vertical do poder do grupo de enfermagem para exercê-lo tanto no nível da unidade quanto no contexto global da organização, tem possibilitado melhoria da qualidade assistencial, maior autonomia dos enfermeiros nos processos decisórios, aumento da satisfação profissional, diminuição do *turnover* entre enfermeiros e redução dos custos assistenciais (ROBERTSON-MALT; CHAPMAN, 2008; CONNOLLY, 2008; MOORE; WELLS, 2010; FRAY, 2011; MOORE, HUTCHISON, 2011; PARK; MCALANEY; NEWMAN, 2011).

No Brasil, a temática governança em enfermagem ainda é pouco explorada. A partir, por exemplo, de uma busca no banco de dados *Gopubmed*[®], um serviço gratuito disponível na web que consulta a base *PubMed-Medline*, com as palavras *Governance AND Nursing*, encontraram-se 879 resultados¹, concentrados principalmente nos Estados Unidos (236), na Inglaterra (213), no Canadá (69) e na Austrália (34), conforme ilustra a Figura 1.



Figura 1 – Distribuição dos estudos sobre “*Governance*” AND “*Nursing*” no contexto mundial

Fonte: *Gopubmed*[®], 2013

¹ Data da última atualização: 28 dezembro de 2013. Endereço eletrônico: <http://www.gopubmed.org>.

Apenas quatro estudos são originários do Brasil, os quais exploram:

- Governança dos conselhos locais de saúde para promover melhorias na atenção primária à saúde (SHIMIZU *et al.*, 2009);
- Governança do processo educativo e demandas da contemporaneidade para a Enfermagem do Trabalho (PAZ; KAISER, 2011);
- Aspectos relacionados à governança de homens com incontinência urinária e disfunção erétil sob o seu corpo (MORAES LOPES *et al.*, 2012); e,
- Relação entre taxas de cesariana e tipo de governança hospitalar: financiamento público, privado ou misto (CARMO LEAL *et al.*, 2012).

Constata-se, portanto, que estudos brasileiros sobre governança em saúde e enfermagem ainda são incipientes e não contemplam aspectos relativos à governança como um modelo de gestão de enfermagem para as organizações de saúde.

Da mesma forma, também são escassas as pesquisas que propõem novos modelos e métodos gerenciais em enfermagem no Brasil. Essa é uma das constatações do estudo realizado por Munari *et al.* (2011) ao caracterizar a produção da pós-graduação brasileira sobre gerenciamento em enfermagem, o que sinaliza uma fragilidade que deve ser superada com maior adensamento teórico-metodológico.

A construção de novos modelos de gestão de enfermagem é uma necessidade incontestável. De acordo com McCallin e Frankson (2010), muitos enfermeiros não entendem claramente o seu papel gerencial e apoio organizacional formal das instituições de saúde, o que faz com que esses profissionais desenvolvam suas práticas gerenciais com base no método de tentativa e erro. Assim, esses autores sugerem o desenvolvimento de conhecimentos e métodos gerenciais específicos que possam balizar as decisões e ações dos enfermeiros. Os enfermeiros gerentes precisam desenvolver sua capacidade de liderança e suas competências para gerenciar pessoas, recursos organizacionais e os processos de mudança gerados pela introdução de novos modelos gerenciais nas organizações de saúde (MEYER, 2008; SURAKKA, 2008).

Mesmo sendo o enfermeiro quem gerencia o cuidado e o elo de comunicação e viabilização das práticas de cuidado em saúde, a liberdade para exercer a atividade administrativa/gerencial é restritiva, pois nem sempre os enfermeiros gerentes participam do planejamento

das ações formais da instituição e recebem o respaldo e as informações necessárias à atuação como gerente (ROCHA; FELLI, 2004; PROCHNOW; LEITE; ERDMANN, 2007).

Backes *et al.* (2009) acenam para necessidade de despertar novas abordagens gerenciais em enfermagem, avançando para novos espaços de atuação profissional. De modo semelhante, Erdmann *et al.* (2006) asseveram que é inadiável desenvolver uma dimensão teórico-referencial para melhorar as práticas de gestão/gerência de enfermagem e torná-las ainda mais eficazes e efetivas por meio da integração entre o ser, o pensar, o fazer, o estar mobilizando ações de cuidado humano. Assim, a gerência/gestão de enfermagem necessita de um novo centro e/ou uma nova ordem capaz de lidar com as incertezas e contradições. É preciso, igualmente, compreender as conexões e a rede de interações mobilizadas, em cenários que não se restringem à unidade/leito em que o usuário e o trabalhador se encontram para concretizar o processo de cuidar (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

A partir dos resultados positivos advindos do desenvolvimento e adoção de modelos de Governança Compartilhada em Enfermagem em outros países e considerando a necessidade de construção de novos modelos de gestão em enfermagem no Brasil, considera-se que é possível a discussão de um modelo de governança da prática profissional de enfermagem que seja aplicável às organizações hospitalares brasileiras. Acredita-se que os enfermeiros brasileiros têm desenvolvido estratégias e mecanismos próprios para a obtenção da governança da prática profissional de enfermagem, configurando-a como um processo dinâmico com forte relação/interação/associação com o contexto organizacional e pelas próprias especificidades do exercício da profissão de Enfermagem no Brasil.

Diante das considerações apresentadas, desenvolveu-se esta Tese de Doutorado em Enfermagem, para qual foram estabelecidas as seguintes **QUESTÕES DE PESQUISA**:

- **Como vem ocorrendo a governança da prática profissional de enfermagem no ambiente de um hospital universitário brasileiro?**
- **Quais aspectos da prática profissional do enfermeiro e que características organizacionais estão relacionadas à governança de enfermagem no ambiente hospitalar?**
- **Como os enfermeiros experienciam suas relações/interações/associações e que significados eles atribuem à governança da prática profissional de**

enfermagem em busca da excelência do cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar?

Assim, definiram-se como **OBJETIVOS** do estudo:

- **Analisar o ambiente da prática profissional do enfermeiro, características organizacionais associadas à governança de enfermagem no contexto hospitalar.**
- **Construir um modelo interpretativo a partir da compreensão dos significados atribuídos pelos enfermeiros sobre suas relações/interações/associações experienciadas no processo de governança da prática de enfermagem no ambiente hospitalar.**
- **Apresentar uma discussão integrada dos resultados da análise do ambiente da prática profissional do enfermeiro, características organizacionais associadas à governança de enfermagem e do modelo interpretativo construído e respectivas categorias no processo de governança da prática de enfermagem no ambiente hospitalar.**

No estudo desta problemática, apresenta-se como **TESE** que:

O ambiente hospitalar é favorável à governança dos enfermeiros na prática profissional de enfermagem, em relação à autonomia, ao controle sobre o ambiente, às boas relações com os médicos, ao suporte organizacional e satisfação com o trabalho. O exercício dessa governança apoia-se e concretiza-se por meio relações/interações/associações múltiplas, complexas e paradoxais dos enfermeiros com e entre a equipe de enfermagem/saúde e demais atores da organização em busca da excelência do cuidado de enfermagem.

Além de contribuir com o contexto das práticas de gestão em enfermagem e saúde no ambiente hospitalar, os resultados deste estudo poderão constituir novos pontos para discussão e estudo no ensino de enfermagem ou formação de recursos humanos em pesquisa de enfermagem, e também fomentar outras investigações entre docentes e discentes da área.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta seção apresenta alguns conceitos e eixos de pensamento que dão sustentação teórica à problemática investigada. Para tanto, organizou-se o texto em quatro tópicos: 1) Gestão em Enfermagem; 2) Governança em Enfermagem; 3) Os hospitais como ambientes de cuidado; e, 4) Gestão e complexidade organizacional.

2.1 GESTÃO EM ENFERMAGEM

Neste tópico, abordam-se aspectos históricos da gestão em enfermagem, práticas gerenciais dos enfermeiros nos serviços de saúde e excelência do cuidado.

O trabalho da enfermagem, enquanto prática social inserida no mundo do trabalho e na atenção à saúde, é marcado por determinantes históricos, sociais, econômicos e políticos inerentes ao desenvolvimento da profissão e é influenciado pelos preceitos teóricos e conceituais que balizaram o percurso evolutivo do conhecimento da Humanidade (CAMPONOGARA; BACKES, 2007; FELLI; PEDUZZI, 2011). Dessa forma, nesse tópico apresentam-se alguns aspectos históricos relacionados à Gestão em Enfermagem, que culminaram com a atual configuração organizativa das práticas gerenciais dos enfermeiros.

A Enfermagem Moderna surgiu com Florence Nightingale, na Inglaterra, durante a segunda metade do século XIX. Nesse período, a enfermagem institucionalizou-se como área específica de trabalho. Inicialmente, tal institucionalização ocorreu em função da necessidade de organizar os hospitais militares para o cuidado do soldado no transcorrer da Guerra da Crimeia. No entanto, em resposta ao projeto burguês expansionista da época, que gerou a necessidade social da recuperação da saúde da força de trabalho e influenciou a organização dos hospitais como local de cura, a enfermagem garantiu a sua inserção do contexto do trabalho em saúde (FELLI; PEDUZZI, 2011).

O trabalho de enfermagem, como uma prática institucionalizada, organizou-se em três direções: organização do cuidado do doente, por meio da sistematização das técnicas de enfermagem; organização do ambiente terapêutico, a partir de mecanismos de purificação do ar, limpeza e higiene; e, organização dos agentes de enfermagem, por meio de treinamentos e do emprego de técnicas disciplinares. A partir dessa organização, pode-se afirmar que a Enfermagem Moderna surge com o objetivo de realizar atividades eminentemente gerenciais, voltadas tanto à organização das condições

necessárias para a realização do cuidado, quanto dos recursos humanos responsáveis pela sua execução (ALMEIDA; ROCHA, 1997; GOMES *et al.*, 1997).

Com base nessa lógica, ocorreu a divisão técnica e social do trabalho da enfermagem, em que foram definidas duas categorias profissionais diferentes: as *lady nurses*, responsáveis pelas atividades de supervisão e ensino de enfermagem, e as *nurses*, pertencentes a uma classe social inferior em relação às primeiras e responsáveis pela realização do cuidado em si. Assim, configura-se a divisão técnica e social do trabalho de enfermagem e a separação entre a concepção e execução das atividades de cuidado (ALMEIDA; ROCHA, 1997; GOMES *et al.*, 1997).

Essa divisão técnica do trabalho de enfermagem consolidou-se ao longo do século XIX com o desenvolvimento de capitalismo industrial, no qual a gerência adquire o *status* de instrumento potencializador do processo de produção. Nesse contexto, o trabalho da enfermagem, especialmente a prática gerencial dos enfermeiros, sofre influência dos princípios da Administração Científica inaugurada por Taylor no final do século XIX, e incorpora os princípios de controle, disciplina e racionalização do trabalho através da ênfase nas tarefas, na estrutura hierárquica e na produtividade. Nesse período, o homem, enquanto cidadão crítico, que pensa, sente, age, questiona e capaz de transformar a sua realidade, é deixado em segundo plano em prol do crescimento das organizações (FELLI; PEDUZZI, 2011).

No século XX, porém, principalmente a partir dos anos 1970, começam ocorrer transformações no mundo do trabalho. Entre elas destacam-se a flexibilização dos processos de produção e mercados de trabalho, que passam a configurar um modelo produtivo flexível. Como consequência, surgem os primeiros questionamentos acerca da configuração das práticas de gestão em enfermagem, os quais pontuam a necessidade da construção de formas inovadoras e interativas de gerenciar em enfermagem, que busquem transpor os limites institucionalizados do cuidado tradicional e pautado em processos administrativos fundados no pensamento positivista e determinista (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

Nesse meandro, Camponogara; Backes (2007) acrescentam que, contemporaneamente, diante das novas demandas exigidas pelo exercício de cuidar do ser humano, é imperiosa a necessidade da incorporação de novos conhecimentos e habilidades para o exercício gerencial do enfermeiro, como competência relacional, ética, política e humanista. Assim, identificam-se dois modelos a partir dos quais a

gestão em enfermagem pode ser entendida: “o primeiro com foco no indivíduo e nas organizações, denominado modelo racional; e o segundo centrado na abordagem das práticas sociais e sua historicidade, ou seja, o modelo histórico-social” (FELLI; PEDUZZI, 2011, p. 7).

O modelo racional está fundamentado nas teorias administrativas de Taylor, Fayol e Ford, do início do século XX, o qual responde às necessidades de estabilidade, crescimento contínuo e de um futuro previsível (FELLI; PEDUZZI, 2011). Esse modelo ainda influencia fortemente as práticas de gestão de enfermagem, como constataram Santos; Garlet e Lima (2009) por meio de uma revisão sistemática sobre a dimensão gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. Os autores encontraram evidências de que o exercício gerencial do enfermeiro ainda está voltado eminentemente para a estrutura organizacional da instituição, alicerçado em um formalismo excessivo, marcado pelo apego a normas, rotinas e tarefas.

Para dar conta da dinamicidade que caracteriza as organizações contemporâneas, o modelo histórico-social apreende o gerenciamento a partir da perspectiva das práticas de saúde, historicamente estruturadas e socialmente articuladas, com o objetivo de responder às tensões presentes e contradições presentes nos serviços de saúde. Nessa ótica, a gerência volta-se não só para a organização e controle do trabalho, mas também para a apreensão e satisfação das necessidades de saúde da população, o que requer tomar em consideração a democratização das instituições de saúde e a ampliação da autonomia dos usuários e trabalhadores envolvidos nos processos de cuidado (FELLI *et al.*, 2011). No presente estudo, adotar-se-ão os pressupostos do modelo histórico-social de gestão em enfermagem.

A adoção do modelo histórico-social nos estudos sobre gestão em enfermagem tem levado à emergência de um novo paradigma que se refere ao gerenciamento focado no cuidado de enfermagem. Historicamente, cuidar e gerenciar se constituíram como as principais dimensões do trabalho do enfermeiro, no entanto, se configuram como processos pouco articulados. Porém, considerando a centralidade do usuário do serviço de saúde e o cuidado em uma abordagem que extrapole o tecnicismo, o termo gerência do cuidado refere-se à articulação entre a dimensão gerencial e assistencial do trabalho do enfermeiro, de tal modo que a gestão pode ser entendida como uma atividade meio que cria e implementa condições adequadas para a atividade fim que é o cuidado (FELLI; PEDUZZI, 2011; COSTA *et al.*, 2011).

A partir desse novo enfoque, a gestão passa a ser vista “como atividade essencial e predominante do trabalho do enfermeiro, independentemente de cargos ou funções assumidas nas instituições de saúde” (FELLI *et al.*, 2011, p. 13). Tal importância é reconhecida nas leis que regulamentam o exercício profissional da enfermagem, bem como nas diretrizes curriculares que regem a formação do profissional enfermeiro.

A Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), estabelece que cabe privativamente ao enfermeiro a direção, o planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação dos serviços de enfermagem (BRASIL, 1987). A Resolução COFEN nº 194 oficializa o trabalho gerencial do profissional ao informar que “o enfermeiro pode ocupar, em qualquer esfera, cargo de direção geral das instituições de saúde públicas e privadas, cabendo-lhe, ainda, privativamente, a direção dos serviços de enfermagem”.

As atribuições gerenciais do enfermeiro também são reconhecidas pelas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação em Enfermagem, que preconizam o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Entre essas seis competências, cinco podem ser caracterizadas como competências gerenciais, o que acena para a importância da gerência na formação do enfermeiro para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001; PERES; CIAMPONE, 2006).

À luz dessas competências e habilidades, os enfermeiros realizam uma série de práticas gerenciais nos serviços de saúde. A seguir, apresentam-se aquelas que têm sido descritas com maior ênfase na literatura da enfermagem brasileira e internacional², quais sejam: dimensionamento da equipe de enfermagem; planejamento da

² Para identificar essas práticas gerenciais, realizou-se uma revisão integrativa de artigos publicados entre 2005 e 2010, nas bases Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Bases de Dados Específica da Enfermagem (BDENF) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), a partir dos descritores Gerência e Administração, associados a Cuidado e Enfermagem, e os termos *Nursing Management* e *Nursing Care*, totalizando 27 publicações. A referência do trabalho publicado na íntegra é: SANTOS, J.L.G et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2013, vol.66, n.2, p. 257-263.

assistência de enfermagem; coordenação do processo de realização do cuidado; liderança em enfermagem; capacitação da equipe de enfermagem; gerenciamento dos recursos materiais; e, avaliação dos resultados das ações de enfermagem.

O dimensionamento da equipe de enfermagem é uma das principais atribuições gerenciais dos enfermeiros nos serviços de saúde e uma condição *sine qua nom* para que todo o processo de cuidar em saúde e enfermagem seja possível. Essa ação envolve a avaliação, o planejamento e a distribuição do quantitativo necessário de recursos humanos de enfermagem disponível de acordo com as necessidades de cuidado dos pacientes e familiares, bem como dentro das particularidades de cada serviço de saúde, de modo a zelar pela qualidade do cuidado (WOLFF *et al.*, 2007; AGUIAR *et al.*, 2010). Tendo em vista a abrangência de trabalhar com a qualidade do cuidado e o conceito de dimensionamento de pessoal, entende-se uma relação direta e dependente entre qualidade do cuidado, excelência assistencial e dimensionamento de pessoal.

O planejamento da assistência de enfermagem é um processo contínuo de fazer escolhas e elaborar planos para realizar ou colocar uma determinada ação em prática (WOLFF *et al.*, 2007; STANLEY *et al.*, 2008; HAUSSMANN; PEDUZZI, 2009). Ele auxilia o trabalho dos enfermeiros ao possibilitar a programação das ações que serão realizadas, evitando que as atividades sejam executadas somente à medida que elas vão acontecendo e/ou demandando alguma intervenção específica.

O planejamento envolve a avaliação das condições de saúde dos pacientes e, desse modo, o direcionamento das ações terapêuticas que serão empreendidas, bem como a delegação de atividades para equipe de enfermagem, organização dos diferentes procedimentos aos quais o paciente é submetido e previsão/provisão dos materiais e recursos que são necessários (WOLFF *et al.*, 2007; HAUSSMANN; PEDUZZI, 2009). Para um planejamento eficaz, recomenda-se que o enfermeiro utilize indicadores, informações epidemiológicas e gerenciais para embasar suas ações e decisões (HAUSSMANN; PEDUZZI, 2009). A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um exemplo da prática de planejamento do enfermeiro, por meio da qual ele articula a dimensão assistencial e gerencial do seu trabalho, gerencia o cuidado e possibilita a melhoria do atendimento (MARTINS, NAKAO, FÁVERO, 2006).

O cuidado ao paciente resulta das ações coordenadas de múltiplos profissionais de saúde juntamente com o paciente e a família.

Os enfermeiros, na maioria das vezes, são quem coordena como essas ações serão realizadas, pois estão mais familiarizados com os papéis, as funções e as contribuições dos diferentes prestadores de atendimento na organização do trabalho em saúde (JOINT COMMISSION REASOURCES, 2008). Desde a institucionalização da Enfermagem moderna, os enfermeiros estão envolvidos não somente com o cuidado do paciente/usuário, mas também com o cuidado do ambiente e isso tem permitido a construção de um saber que pode ser utilizado para intensificar a articulação das ações de enfermagem e de saúde, no sentido de reconhecer os elos e nexos existentes entre as ações e valorizá-los como componentes do trabalho (HAUSMANN, 2006).

Na sua atuação profissional, o enfermeiro está presente em todas as etapas da realização do cuidado, orientando, controlando, supervisionando, garantindo os recursos necessários às intervenções, articulando, interligando e encaminhando todas as ações assistenciais realizados pelo conjunto dos profissionais de saúde e enfermagem nos serviços de saúde (ERDMANN *et al.*, 2008; STANLEY *et al.*, 2008). Assim, os enfermeiros mantêm uma visão abrangente de todo o atendimento prestado aos pacientes nos serviços de saúde, o que os torna responsáveis pela coordenação do cuidado.

A liderança é uma das principais estratégias do enfermeiro para a coordenação e articulação das atividades que envolvem a produção do cuidado em saúde e enfermagem, bem como dos profissionais que as desempenham. Ela potencializa a coordenação e articulação das atividades que envolvem a produção do cuidado em saúde e enfermagem, bem como dos profissionais que as desempenham. O enfermeiro líder é o principal responsável pelo desenvolvimento e pela organização de um ambiente que favoreça e potencialize a qualidade dos cuidados de enfermagem (TOMEY, 2009). Liderar requer a adoção de uma atitude participativa ao se relacionar com a equipe e tomar decisões, sem imposição do poder, valorizando o trabalho em equipe (ANDRADE, VIEIRA, 2005).

Apesar da importância da liderança, ocupar o posto de líder no contexto organizacional nem sempre é um objetivo visado pelos enfermeiros. Muitas vezes, a escolha pela liderança advém da pressão externa de colegas ou superiores para assumir o cargo ou a função de líder. Além disso, alguns enfermeiros buscam a liderança visando somente aos benefícios que poderão advir dessa função, tais como salários mais elevados, maior visibilidade na organização e jornada de trabalho mais flexível (BONDAS, 2006).

A capacitação da equipe de enfermagem é uma prática gerencial que assume características diferentes conforme as particularidades do contexto de atuação. Ao capacitar as equipes sob sua responsabilidade, o enfermeiro atua como facilitador da aquisição de saber, atualização profissional e capacidade de auto-organização, o que contribui para a realização de melhores práticas de cuidado (WOLFF *et al.*, 2007; STANLEY *et al.*, 2008).

Vale ressaltar a importância que as atividades de capacitação dos enfermeiros sejam embasadas e norteadas pelo pressuposto da educação permanente. A educação permanente baseia-se no pressuposto de que o processo de trabalho é o gerador das necessidades de conhecimento e das demandas educativas contínuas e utiliza a metodologia da problematização e a aprendizagem significativa nos processos educativos de trabalhadores de saúde para a melhoria da qualidade dos serviços e a transformação das práticas de saúde e enfermagem (PEDUZZI *et al.*, 2009).

O gerenciamento de recursos materiais relaciona-se ao controle do enfermeiro sob a quantidade e qualidade dos materiais e equipamentos e é fundamental para garantir a qualidade da assistência. O gerenciamento de recursos materiais envolve o fluxo de atividades de programação, compra, recepção, armazenamento, distribuição e controle, com o objetivo de garantir que a assistência aos usuários não sofra interrupções por insuficiência na quantidade ou na qualidade de materiais (CASTILHO, GONÇALVES, 2010)

Um gerenciamento adequado dos recursos materiais requer planejamento, supervisão e avaliação a fim de assegurar a quantidade e qualidade dos materiais necessários para que os profissionais realizem suas atividades sem riscos para si próprios e para os pacientes, além de garantir uma assistência contínua de qualidade e a um menor custo (WOLFF *et al.*, 2007; AGUIAR *et al.*, 2010).

A avaliação dos resultados das ações de enfermagem possibilita ponderar se os efeitos obtidos são realmente os desejados e planejados inicialmente e se estão em consonância com a visão, a missão, os valores da organização e, principalmente, se atendem satisfatoriamente às demandas e necessidades dos pacientes. A partir do processo avaliativo pode-se elaborar estratégias para redirecionar as ações de enfermagem ou mesmo solucionar intercorrências gerenciais e assistenciais que emergem durante o trabalho (HAUSMANN, PEDUZZI, 2009). Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de avaliar a qualidade e efetividade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem, tornando-se essa avaliação gerencial importante quando aplicado

adequadamente, pois permite “demonstrar a relevância da adequação quantitativa e qualitativa do quadro de pessoal para promoção dos cuidados de excelência aos usuários dos serviços de saúde” (GARCIA, 2011, p. 5).

Portanto, a partir das práticas de gerência apresentadas, pode-se concluir que a atuação dos enfermeiros na gestão dos serviços de enfermagem e saúde representa um lócus privilegiado para o desenvolvimento e a condução de ações visando à excelência do cuidado, por meio de uma prática que possibilite a maximização do seu trabalho. É atribuição dos enfermeiros otimizar os recursos existentes, proporcionando, na medida do possível, melhores condições de trabalho para os profissionais e, conseqüentemente, zelar por uma assistência mais eficaz, segura e com mais qualidade aos pacientes e seus familiares.

De acordo com o Vocabulário da Saúde em Qualidade e Melhoria da Gestão, excelência é a capacidade de produzir padrões de qualidade e de desempenho, superiores àqueles já reconhecidos como ideais, pelos usuários (BRASIL, 2002). O termo excelência do cuidado surge a partir dos anos 2000, no bojo do movimento das *Best Practices* (boas práticas) e do paradigma da saúde baseada em evidências, e pode ser considerada a expressão mais atual da busca pela qualidade na área da saúde e enfermagem.

Embora existam boas práticas descritas por instituições e entidades nacionais e internacionais, é importante que cada serviço ou organização de saúde defina as suas melhores práticas, conforme o seu contexto e as suas condições estruturais e financeiras, por meio da aplicação de técnicas e recursos de gestão da qualidade (MARCHIONNI, RITCHIE, 2008). Nesse sentido, a excelência é fruto do alcance de boas ou melhores práticas mediante modos/técnicas/processos/ações/atitudes identificadas como as melhores por serem consistentes com os valores, objetivos, preceitos éticos, fundamentos teóricos sustentados na ciência e tecnologia avançada, crenças, evidências e compreensão do ambiente para o qual está orientado o alcance dos objetivos em uma dada situação/contexto/condição. Essa excelência corresponde ao alto desempenho e qualificação das ações/processos/decisões comparados aos indicadores/fatores geradores de alto desempenho ou de elevada tecnologia de gestão do sistema de cuidado de enfermagem.

2.2 ARTIGO 1 – GOVERNANÇA EM ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

GOVERNANÇA EM ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA³

GOVERNANCE IN NURSING: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

GOBERNANZA EN ENFERMERÍA: REVISIÓN INTEGRADORA

RESUMO: O objetivo deste estudo foi identificar e caracterizar os tipos de governança em enfermagem, destacando o impacto deles na prática dos enfermeiros e no cuidado em saúde. Trata-se de uma revisão integrativa a partir das bases de dados MEDLINE, CINAHL, LILACS e na biblioteca eletrônica SciELO, de 2007 a 2011, com os descritores *Governança/Governance* e *Enfermagem/Nursing*, totalizando 25 artigos. Foram identificados três modelos de governança, estudados principalmente nos Estados Unidos e Inglaterra: governança compartilhada, governança clínica e governança pública. Entre os impactos desses modelos, destacam-se: melhoria da qualidade assistencial, maior autonomia profissional dos enfermeiros, melhoria da articulação entre os serviços de saúde e maior satisfação profissional entre enfermeiros. Pontua-se a necessidade da realização de estudos sobre a temática na América Latina, com o intuito de avaliar sua aplicabilidade em diferentes contextos.

DESCRITORES: Enfermagem, Gerência, Gestão em Saúde, Governança Clínica.

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue identificar y caracterizar los tipos de gobernanza en enfermería, destacando su impacto en la práctica de los enfermeros y en cuidado en salud. Se trata de una revisión integradora a partir de MEDLINE, CINAHL, LILACS y SciELO, de 2007 a 2011, con descriptores *Gobernanza* y *Enfermería*, con un total de 25 artículos. Se identificaron tres modelos de gobernanza, estudiados principalmente en los Estados Unidos e Inglaterra: gobernanza

³ Artigo publicado: SANTOS, J. L. G. et al. Governança em enfermagem: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 47, n. 6, p. 1417-1425, 2013.

compartida, governança clínica y governança pública. Las implicaciones de estos modelos son: mejora de la calidad de la atención, mayor autonomía profesional de los enfermeros, mejora de la articulación entre los servicios de salud y una mayor satisfacción con el trabajo entre los enfermeros. Se señala la necesidad de realizar estudios sobre el tema en América Latina, para evaluar su aplicabilidad en diferentes contextos.

DESCRIPTORES: Enfermería, Gerencia, Gestión en Salud, Gestión Clínica.

ABSTRACT: The aim of this study was to identify and characterize the types of governance in nursing, highlighting their impact on nursing practice and health care. It is an integrative review from MEDLINE, CINAHL, LILACS and SciELO, from 2007 to 2011, with descriptors Governance and Nursing, totaling 25 articles. Three models of governance were identified, studied primarily in the United States and England: shared governance, clinical governance and public governance. The implications of these models include: improving quality of care, higher professional autonomy of nurses, improving the articulation between health services and greater job satisfaction among nurses. It points up the need for studies about this topic in Latin America, in order to assess its applicability in different contexts.

Descriptors: Nursing, Management, Health Management, Clinical Governance.

INTRODUÇÃO

O termo governança tem origem do latim *gubernare*, que significa governar, dirigir ou guiar. Desde que há testemunhos históricos escritos até 1975, o catálogo da Biblioteca do Museu Britânico registra 47 títulos contendo a palavra “governança” (*governance*). A partir de então, essa palavra teve uma proliferação desenfreada aparecendo associada aos mais diversos contextos da vida humana. Prova disso, é que a partir de uma pesquisa rápida em bases de dados bibliográficas ou em metabuscadores de pesquisa on-line, evidencia-se uma grande quantidade de referências a ela, que abarcam, entre outras, aspectos gerais e específicos da economia, da saúde, da educação, da ciência, da política, do ambiente e da investigação científica (SANTOS, 2005; RAPOSO, 2007). Uma das principais razões para a recente utilização deste conceito é, provavelmente, a sua capacidade, ao contrário do conceito mais restrito de governo, de abranger toda a gama de relações e

instituições envolvidas no processo de governar (PIERRE; PETERS, 2000).

Dessa forma, governança é um conceito complexo e amplo, aplicado em diversos contextos, que se traduz em diferentes significados e implicações conforme os autores e/ou as áreas que o utilizam. Em termos gerais, pode-se definir governança como o processo de ação coletiva que organiza a interação entre os atores, a dinâmica, os processos e as regras formais e informais por meio das quais uma sociedade ou organização toma e implementa suas decisões e determina suas condutas (PLUMPTRE; GRAHAM, 1999). Nesse sentido, governança não tem o mesmo significado que governabilidade. Enquanto governabilidade sugere atividades sustentadas por uma autoridade formal, pelo poder de autoridade que garante a implementação de políticas formalmente instituídas, governança refere-se a atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente estabelecidas e não dependem, necessariamente, do poder de autoridade para que sejam aceitas e vençam resistências (ROSENAU, CZEMPIEL, 2000).

Alguns exemplos da aplicação do conceito de governança na área da saúde são os termos governança clínica (*clinical governance*), governança global em saúde (*global health governance*), governança em saúde (*health governance*), governança hospitalar (*hospital governance*), governança compartilhada (*shared governance*) e governança pública (*public governance*), os quais são encontrados de forma recorrente na literatura internacional (RAPOSO, 2007). Na área da saúde, o conceito de governança é importante porque os sistemas de saúde são orientados por valores e moldados nos ambientes sociais, econômicos e culturais onde se integram, constituindo-se sistemas extremamente específicos em termos de produto, processos e estruturas (SAKELLARIDES, 2003; RAPOSO, 2007).

A crescente complexidade dos processos de produção do cuidado de saúde tem suscitado indagações e investigações em nível global quanto à ampliação da participação dos enfermeiros nos processos de governança em saúde como coordenadores do cuidado. Pelas suas habilidades de liderança, comunicação e tomada de decisão, os enfermeiros são os profissionais mais habilitados a advogar em prol das necessidades dos pacientes para que eles recebam uma assistência segura e de qualidade (CURRAN, 2010; CLINCH, 2012).

A atuação dos enfermeiros como coordenadores do cuidado está relacionada à responsabilidade desses profissionais pela gerência do cuidado, uma das suas atribuições no contexto da organização do

trabalho e das práticas de gestão em enfermagem e saúde⁽⁸⁾. No entanto, para que o enfermeiro possa gerenciar o cuidado e utilizar esses instrumentos é importante que ele tenha autonomia e participe dos processos de decisão que envolvem os processos de governança nos serviços de saúde e enfermagem.

Como o conceito de governança ainda é pouco utilizado na Enfermagem Brasileira, é necessário um levantamento dos tipos de governança que têm sido estudados na área e quais impactos eles geram na prática dos enfermeiros e no cuidado em saúde. O tema governança representa uma possibilidade a ser explorada no campo das pesquisas de gestão e gerenciamento em enfermagem e saúde e pode contribuir para a ampliação das margens de autonomia e atuação profissional dos enfermeiros.

Com base no panorama exposto, o objetivo deste estudo consiste em identificar e caracterizar os tipos de governança em enfermagem, destacando o impacto deles na prática dos enfermeiros e no cuidado em saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esse método permite sintetizar os resultados de estudos com temática idênticas ou similares para desenvolver uma explicação abrangente de um fenômeno específico, com propósitos teóricos e/ou intervencionistas. As etapas que conduziram esta revisão integrativa foram: formulação do problema; coleta de dados; avaliação dos dados; análise e interpretação dos dados; apresentação dos resultados; e, conclusões (WHITTEMORE, KNAFL, 2005).

Para a condução da revisão foram elaboradas as seguintes questões: quais os tipos de governança estudados na área de enfermagem? Quais impactos geram na prática dos enfermeiros e no cuidado em saúde?

A coleta de dados foi realizada em março de 2012, nas bases de dados Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Publisher Medline* (PUBMED), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Na SciELO e LILACS, utilizaram-se os termos de busca Governança e Enfermagem, a partir dos quais se obtiveram, respectivamente, três e um artigo. Nas bases PUBMED e CINAHL, a busca foi realizada por meio dos descritores *Governance* e *Nursing*, resultando 322 e 764 artigos,

respectivamente. A base LILACS e biblioteca eletrônica SciELO foram escolhidas por serem amplas fontes de pesquisa de dados, com riqueza nos conteúdos e apresentarem elevado rigor científico dos estudos da América Latina. O MEDLINE e o CINAHL, da mesma forma, indexam mais de 4.000 periódicos internacionais da área da saúde e enfermagem. A figura 1 ilustra o processo da realização da pesquisa.

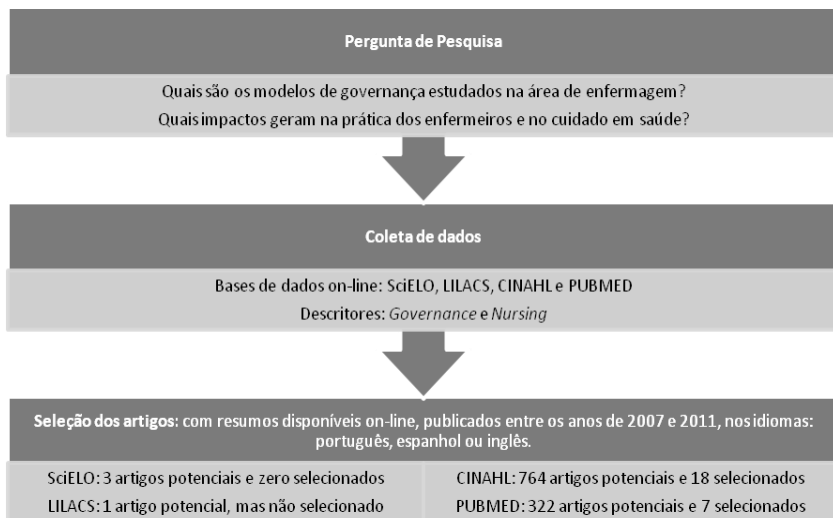


Figura 1 - Estrutura de desenvolvimento da pesquisa. Florianópolis-SC, 2012.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos com resumos e texto na íntegra disponíveis on-line, publicados entre os anos de 2007 e 2011, nos idiomas: português, espanhol ou inglês, que focalizassem aspectos relacionados à aplicação de modelos ou tipos de governança em enfermagem e seus benefícios para a prática dos enfermeiros e o processo de cuidar em saúde. Foram excluídos artigos localizados em mais de uma base de dados, os quais foram considerados somente uma vez.

Assim, a amostra final foi constituída de 25 artigos (18 do CINAHL e sete do MEDLINE). Para a avaliação dos dados, elaborou-se um instrumento para a coleta das informações visando responder à questão norteadora da revisão. A análise e interpretação dos dados foram realizadas de forma organizada e sintetizada por meio da elaboração de um quadro sinóptico que compreendeu os seguintes itens:

identificação do estudo; objetivos, ano e periódico de publicação; delineamento do estudo; temática; e, principais resultados e recomendações. Os artigos selecionados foram analisados na íntegra e agrupados por áreas temáticas, conforme os modelos de governança em enfermagem estudados.

RESULTADOS

Descrição dos estudos

Os 25 artigos selecionados foram publicados em 19 periódicos diferentes, com destaque para aqueles relacionados à área de administração ou gerenciamento em enfermagem, como o *Journal of Nursing Management* e *Journal of Nursing Administration*, com, respectivamente, quatro (16%) e três artigos (12%) publicados.

Em relação à origem dos estudos, 12 (48%) foram realizados nos Estados Unidos, cinco (20%) na Inglaterra e três (12%) na Austrália. Alemanha, Arábia Saudita, Canadá, Bélgica e Nova Zelândia totalizaram 20% dos estudos, sendo um artigo para cada país.

Quanto ao tipo de estudo, foram incluídos 20 (80%) artigos originais, quatro (16%) relatos de experiência e um (4%) artigo de revisão da literatura. Entre os estudos originais, 10 (40%) adotaram a abordagem quantitativa, seis (24%) a abordagem qualitativa e quatro (16%) utilizaram abordagens mistas de pesquisa.

No tangente ao contexto em que os trabalhos foram realizados, o ambiente hospitalar teve destaque ao concentrar 20 estudos (80%). A atenção primária, serviços de média complexidade, serviços de saúde mental, redes de serviços de saúde e instituições de longa permanência para idosos foram os demais contextos estudados, com um artigo cada, totalizando 20%.

Os artigos foram categorizados e analisados de acordo com o modelo de governança estudado, sendo assim distribuídos: 16 (64%) governança compartilhada, seis (24%) governança clínica e três (12%) governança pública.

O Quadro 1, a seguir, apresenta uma síntese das características dos artigos selecionados quanto ao tipo de governança, título, ano e periódico de publicação, origem, tipo de estudo e contexto estudado.

Título	Ano/ Periódico	Origem	Tipo de estudo	Contexto
GOVERNANÇA COMPARTILHADA				
Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach	2011 International Journal of Nursing Studies	Austrália	Quantitativo	Hospital
Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse turnover	2011 Journal of Nursing Management	Estados Unidos	Quantitativo	Hospital
Evaluating shared governance: measuring functionality of Unit Practice Councils at the point of care	2011 Creative Nursing	Estados Unidos	Quantitativo	Hospital
Shaping future nurse leaders through shared governance	2011 The Nursing clinics of North America	Estados Unidos	Relato de experiência	Hospital
Transforming organizational culture through nursing shared governance	2011 The Nursing clinics of North America	Estados Unidos	Relato de experiência	Hospital
Shared Governance and Empowerment in Registered Nurses Working in a Hospital Setting	2011 Nursing Administration Quarterly	Estados Unidos	Quantitativo	Hospital
Transformational leadership and shared governance: an action study	2010 Journal of Nursing Management	Nova Zelândia	Qualitativo	Hospital
Staff nurses lead the way for improvement to shared governance structure	2010 Journal of Nursing Administration	Estados Unidos	Quantitativo	Hospital
Factors associated with success and breakdown of shared governance	2010 Journal of Nursing Administration	Estados Unidos	Revisão de literatura	Hospital
Shared governance as vertical	2009	Estados Unidos	Quantitativo	Hospital

alignment of nursing group power and nurse practice council effectiveness	Journal of Nursing Management	Unidos		
Walk the talk: promoting control of nursing practice and a patient-centered culture	2009 Critical Care Nurse	Estados Unidos	Qualitativo	Hospital
Structures and practices enabling staff nurses to control their practice	2008 Western Journal of Nursing Research	Estados Unidos	Métodos mistos	Hospital
Job satisfaction among a multigenerational nursing workforce	2008 Journal of Nursing Management	Canadá	Quantitativo	Hospital
Finding the right direction: the importance of open communication in a governance model of nurse management	2008 Contemporary Nurse	Arábia Saudita	Relato de experiência	Hospital
Nursing leadership: championing quality and patient safety in the boardroom	2007 Nursing Economics	Estados Unidos	Métodos mistos	Hospital
Developing Leaders at Every Level	2007 Journal of Nursing Administration	Estados Unidos	Relato de experiência	Hospital
GOVERNANÇA CLÍNICA				
Negotiating competency, professionalism and risk: The integration of complementary and alternative medicine by nurses and midwives in NHS hospitals	2011 Social Science & Medicine	Inglaterra	Qualitativo	Hospital
Implementation of Clinical Supervision: educational preparation and subsequent diary accounts of the practicalities involved, from an Australian mental health nursing innovation	2009 Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Austrália	Qualitativo	Hospital
Writing ourselves into a web of obedience: a nursing policy	2009 International	Austrália	Métodos mistos	Hospital

analysis	Journal of Nursing Studies			
Improving patient care and clinical governance through the utilization of a clinical information system	2008 Clinical Governance: an International Journal	Inglaterra	Quantitativo	Serviços de Saúde Mental
Local implementation of the Essence of Care benchmarks	2008 Nursing Standard	Inglaterra	Qualitativo	Hospital
Identifying the barriers to implementing a quality initiative in primary care: the views of practices in Scotland on the Quality Practice Award	2007 Quality in Primary Care	Inglaterra	Métodos mistos	Atenção Primária
GOVERNANÇA PÚBLICA				
Do non-profit nursing homes separate governance roles? The impact of size and ownership characteristics	2009 Health Policy	Bélgica	Quantitativo	Instituições de Longa Permanência para Idosos
Medical dominance and strategic action: the fields of nursing and psychotherapy in the German health care system	2008 Sociology of Health & Illness	Alemanha	Qualitativo	Serviços de Saúde
Networks and governance: the case of intermediate care	2007 Health and Social Care in the Community	Inglaterra	Quantitativo	Serviços de Média Complexidade

Quadro 1 – Estudos selecionados pela pesquisa. Florianópolis-SC, 2012.

Para apresentação dos principais resultados dos estudos, foram constituídas três categorias de acordo com os tipos de governança identificados: governança compartilhada, governança clínica e governança pública.

Governança compartilhada

O conceito de governança compartilhada surgiu na enfermagem norte-americana na década de 1980, a partir do trabalho de Tim Porter-O'Grady, como uma estratégia para que os enfermeiros passassem a exercer um maior controle sob as decisões que influenciam a sua prática (BARDEN *et al.*, 2011). Esse modelo baseia-se no pressuposto de que são os enfermeiros e os demais profissionais que atuam na “linha de frente” que melhor sabem o que os pacientes necessitam para terem suas necessidades atendidas, considerando os parâmetros das boas práticas clínicas (FRAY, 2011). Os princípios que embasam esse modelo de prática profissional são parceria, equidade, responsabilidade, e *ownership*⁴ (BARDEN *et al.*, 2011; BAMFORD-WADE; MOSS, 2010; BALLARD, 2010).

Em 1998, foi criado por Robert Hess o *Index of Professional Nursing Governance* (IPNG). Trata-se de um instrumento composto por 86 itens que auxilia na análise e avaliação da governança dos enfermeiros no contexto hospitalar. Os fundamentos teóricos de governança compartilhada vêm de um amplo conjunto de perspectivas que inclui teorias organizacionais, de gestão e sociológicas. A governança compartilhada em enfermagem está associada a um melhor relacionamento e harmonia da equipe, diminuição de conflitos, maior satisfação no trabalho, crescimento profissional, redução de custos e maior qualidade do cuidado (ANTHONY, 2004).

A governança compartilhada é um modelo de gestão projetado para promover o controle dos enfermeiros sobre a sua prática e o ambiente no qual ela é realizada. Ela representa uma ruptura radical com os modelos de gestão tradicional, em que enfermeiros tinham pouco poder dentro das estruturas formais hierárquicas (KRAMER *et al.*, 2008; BALLARD, 2010; FRAY, 2011), as quais criam barreiras entre os profissionais que realizam a assistência e aqueles que exercem atividades gerenciais em uma organização hospitalar (BEGLINGER *et al.*, 2011). A governança compartilhada preconiza que o poder dos gerentes e gestores hospitalares deve ser compartilhado com aqueles profissionais responsáveis pela prática assistencial e não exercido sobre

⁴ O termo *ownership* significa, geralmente, propriedade de alguma coisa. Porém, neste artigo, *ownership* tem um significado mais amplo e difícil de traduzir, pois se refere à influência sobre as decisões e diretrizes estabelecidas pelos gestores das organizações e serviços de saúde e enfermagem. Desse modo, optou-se pela manutenção do termo na língua inglesa.

eles, como tradicionalmente ocorre (KRAMER *et al.*, 2008). Nesse sentido, o processo de decisão deve ser coletivo e com discussão até se chegar a um consenso (ROBERTSON-MALT; CHAPMAN, 2008).

A adoção do modelo de governança compartilhada é um dos critérios usados nos Estados Unidos para avaliar e credenciar hospitais como *Magnet Hospital* (Hospitais Magneto). Trata-se de hospitais que atingem elevados critérios de mensuração da força de trabalho e qualidade dos profissionais de enfermagem, o que possibilita o alcance de excelentes resultados assistenciais. A comissão de credenciamento do *American Nurses Credentialing Center, responsável pela designação do status de Magnet Hospital*, defende que a excelência assistencial só pode ser alcançada e mantida se os enfermeiros têm influência e poder de decisão sob a prática de enfermagem (BARDEN *et al.*, 2011, KRAMER *et al.*, 2008; BALLARD, 2010).

A criação de ambientes de saúde que permitem a excelência do cuidado de enfermagem ocorrerá a partir do desenvolvimento de verdadeiras parcerias de trabalho compartilhado e colaborações entre enfermeiros gerentes, líderes e educadores na busca de ser inovador e empreendedor na prática de enfermagem. A excelência é um *framework* ou modelo com potencial de promover colaboração multidisciplinar e a criação de uma cultura organizacional que fomente a inovação e assegure maior qualidade e segurança para os pacientes (MCSHERRY *et al.*, 2012).

A implementação do modelo de governança compartilhada pode variar em forma e alcance. Pode-se implementá-lo em um ou mais níveis organizacionais, bem como ampliar a participação do enfermeiro nas decisões relacionadas aos cuidados diretos dos pacientes até a aspectos do gerenciamento do ambiente de trabalho como um todo. Uma das formas de operacionalização do modelo de governança compartilhada ocorre por meio do estabelecimento de Unidades de Controle da Prática, que têm como objetivo conferir voz aos profissionais da “linha de frente” nos processos de decisão relacionados à prática assistencial. A função dessas unidades é a elaboração de um plano de ações e estratégias a serem implementadas a curto, médio e longo prazo (MOORE; HUTCHISON, 2011). Tais unidades possibilitam aos profissionais a participação na definição das políticas e práticas que afetam diretamente sua prática. Para o sucesso da implementação, é importante que os enfermeiros conheçam o seu papel na organização, bem como a missão e os valores da instituição (ROBERTSON-MALT; CHAPMAN, 2008).

Quanto ao impacto obtido com a implantação do modelo de governança compartilhada, destaca-se: melhoria da qualidade assistencial (ROCHE; DUFFIELD; WHITE, 2011; KRAMER *et al.*, 2009, ROBERTSON-MALT; CHAPMAN, 2008, FRAY, 2011, NEWMAN, 2011; BARDEN *et al.*, 2011), criação e manutenção de uma rede de comunicação entre os gerentes e profissionais (ROBERTSON-MALT; CHAPMAN, 2008; FRAY, 2011; MOORE; WELLS, 2010; BEGLINGER *et al.*, 2011; NEWMAN, 2011; BARDEN *et al.*, 2011; MOORE; HUTCHISON, 2011), promoção da liderança do enfermeiro (BAMFORD-WADE; MOSS, 2010; ROBERTSON-MALT; CHAPMAN, 2008; BAMFORD-WADE; MOSS, 2010; BEGLINGER *et al.*, 2011; MOORE; HUTCHISON, 2011), maior autonomia dos enfermeiros nos processos decisórios (PARK; MCALANEY; CONNOLLY, 2008; BOGUE; JOSEPH; SIELOFF, 2009; KRAMER *et al.*, 2008; NEWMAN, 2011; BARDEN *et al.*, 2011), maior satisfação profissional com diminuição do *turnover* entre enfermeiros (ROBERTSON-MALT; CHAPMAN, 2008; FRAY, 2011; MOORE; WELLS, 2010; MOORE, HUTCHISON, 2011; PARK; MCALANEY; CONNOLLY, 2008; NEWMAN, 2011), maior reconhecimento e visibilidade profissional dos enfermeiros (BEGLINGER *et al.*, 2011; MOORE, HUTCHISON, 2011) e diminuição dos custos assistenciais (ROBERTSON-MALT; CHAPMAN, 2008).

Apesar dos notáveis benefícios advindos do modelo de governança compartilhada, a sua implementação não ocorre sem obstáculos e desafios. Um dos principais deles é promover uma participação autônoma nos processos decisórios, pois muitos profissionais estão acostumados a estruturas de tomada de decisão verticalizadas e têm dificuldade em participar de um processo decisório coletivo e, conseqüentemente, arcar com as responsabilidades advindas dessa participação (NEWMAN, 2011). De forma semelhante, muitos gerentes de enfermagem habituados aos modelos de gestão tradicionais têm dificuldade em promover e manter um processo de discussão e tomada de decisão coletivas (BALLARD, 2010; FRAY, 2011).

Nesse sentido, para o sucesso da governança compartilhada, é fundamental os gerentes de enfermagem encorajarem e apoiarem os enfermeiros assistenciais a liderar o caminho para melhoria assistencial nos ambientes de trabalho em saúde. (MOORE; HUTCHISON, 2011; BARDEN *et al.*, 2011). As instituições também têm um papel importante nesse processo, pois cabe a elas possibilitar oportunidades de capacitação e aprimoramento profissional, especialmente para as gerações mais jovens de enfermeiros (MOORE, WELLS, 2010;

BALLARD, 2010; WILSON *et al.*, 2008), que representam o futuro da profissão.

Governança clínica

A governança clínica é a estrutura pela qual as organizações nacionais de serviços de saúde são responsáveis pela melhoria contínua e manutenção de padrões elevados de atendimento aos pacientes, visando à excelência do cuidado (PARK, MCALANEY, CONNOLLY (2008). Esse modelo teve origem nos anos de 1990 na Inglaterra e tem sido utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como referência para avaliação da qualidade em saúde (CANT, WATTS, RUSTON; 2011).

A governança clínica engloba quatro aspectos principais: desempenho dos profissionais (qualidade técnica); adequada utilização dos recursos (eficiência); gestão do risco (prevenção e redução contínua dos eventos adversos e erros); e, satisfação dos usuários com a atenção recebida (SCALLY; DONALDSON, 1998). Para garantir que os serviços serão prestados de modo eficiente, eficaz e econômico aos pacientes, é essencial a utilização de tecnologias de informação e a adoção de um método para monitorar a qualidade do cuidado em saúde, como a auditoria clínica (PARK; MCALANEY; CONNOLLY, 2008).

Na governança clínica, os enfermeiros desempenham um papel importante na busca pela melhoria do cuidado aos pacientes. Por meio da liderança e supervisão da prática clínica, os enfermeiros podem articular as ações dos profissionais de saúde em prol da qualidade assistencial, bem como influenciar a realização de melhores práticas de cuidado (JONES, 2008; WHITE; WINSTANLEY, 2009). Para isso, é necessário que os enfermeiros tenham sua autonomia profissional reconhecida e legitimada pelas instituições ou serviços de saúde (BAIL, 2009).

Entre os benefícios advindos da governança clínica, destacam-se: melhoria da qualidade assistencial (PARK, MCALANEY, CONNOLLY, 2008; JONES, 2008), maior reconhecimento sua autonomia profissional do enfermeiro (BAIL, 2009). As dificuldades para implementação da governança clínica estão relacionadas à sobrecarga de trabalho dos profissionais, ao envolvimento das equipes de saúde com a busca de melhores práticas e aos custos inerentes à implantação do modelo (MCLEAN; TAYLOR, 2007).

Governança pública

A Governança Pública é o sistema de regulação por meio do qual os serviços de saúde são administrados pelo Estado. Ela envolve desde a coordenação, definição de objetivos e metas a serem alcançadas até o acompanhamento e avaliação das ações que são desenvolvidas nos serviços de saúde (DEWAELEHEYN, 2009; MOORE, 2007).

Como benefícios da governança pública, os estudos apontam para melhoria da qualidade assistencial (DI LUZIO, 2008; MOORE, 2007), melhoria das relações de articulação entre os serviços de saúde (MOORE, 2007) e maior autonomia profissional do enfermeiro (DI LUZIO, 2008).

DISCUSSÃO

Os estudos sobre governança em enfermagem são originários principalmente dos Estados Unidos e da Inglaterra, o que pode ser explicado ao fato desses modelos terem surgido inicialmente nestes países. Não foram localizados estudos oriundos da América Latina no período estudado.

A ênfase dos estudos no contexto hospitalar reflete a centralidade que tradicionalmente este setor ocupa nos sistemas de saúde e ao mesmo tempo a busca de novas estratégias que possam potencializar o cuidado prestado nesses cenários.

Há uma diversidade de abordagens metodológicas na literatura revisada, o que reflete a multiplicidade de enfoques possíveis da temática. Artigos de relato de experiência e revisão de literatura foram incluídos em razão da relevância do conteúdo para os objetivos do trabalho. Esses estudos foram fontes importantes para a compreensão dos fundamentos teóricos e do processo de implantação e implementação de modelos de governança nas organizações e serviços de saúde.

O maior número de estudos focalizou a governança compartilhada, o que pode estar associado ao fato das primeiras discussões sobre esse modelo terem surgido nos anos de 1980. Este modelo também é o que está mais diretamente relacionado com a prática dos enfermeiros nos serviços saúde, pois suscita questões sobre a autonomia e participação desses profissionais nos processos de gestão organizacional visando a melhores resultados assistenciais.

Nesse sentido, a criação de ambientes de saúde que permitam a excelência do cuidado de enfermagem ocorrerá a partir do desenvolvimento de verdadeiras parcerias de trabalho compartilhado e colaborações entre enfermeiros, gerentes e educadores na busca de ser inovador e empreendedor na prática de enfermagem. A excelência, portanto, pode ser considerada um modelo com potencial de promover colaboração multidisciplinar e a criação de uma cultura organizacional que fomente a inovação e assegure maior qualidade do cuidado e segurança para os pacientes (McSHERRY et al., 2012).

Na mesma linha do modelo de governança compartilhada, a governança clínica engloba quatro aspectos principais: desempenho dos profissionais (qualidade técnica); adequada utilização dos recursos (eficiência); gestão do risco (prevenção e redução contínua dos eventos adversos e erros); e, satisfação dos usuários com a atenção recebida (SCALLY, DONALDSON, 1998).

O modelo de governança pública, por sua vez, está situado no âmbito da reforma da administração pública, no qual as organizações públicas progressivamente buscam mudar suas práticas de gestão e modelos de relacionamento com o seu entorno. Assim, a governança pública traduz-se em um modelo que oferece uma abordagem diferenciada de conexão entre o sistema governamental e o ambiente que circunda o governo (SECCHI, 2009).

Uma síntese dos principais modelos de governança em enfermagem e o impacto deles sobre a prática de enfermagem e o cuidado em saúde está apresentada no Quadro 2.

Tipo	Conceito	Impacto
Governança compartilhada	Modelo de gestão projetado para promover o controle dos enfermeiros sobre a sua prática e o ambiente no qual ela é realizada	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da qualidade assistencial • Criação e manutenção de uma rede de comunicação entre gerentes e profissionais assistenciais • Promoção da liderança do enfermeiro • Maior autonomia dos enfermeiros nos processos decisórios • Maior satisfação profissional • Redução da rotatividade entre enfermeiros • Maior reconhecimento e

		visibilidade profissional dos enfermeiros <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição dos custos assistenciais
Governança clínica	Estrutura pela qual as organizações nacionais de serviços de saúde são responsáveis pela melhoria contínua e manutenção de padrões elevados de atendimento aos pacientes, visando excelência do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da qualidade assistencial • Maior reconhecimento profissional do enfermeiro
Governança pública	Sistema de regulação por meio do qual os serviços de saúde são administrados pelo Estado.	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da qualidade assistencial • Melhoria das relações de articulação entre os serviços de saúde • Maior autonomia profissional do enfermeiro

Quadro 2 – Síntese dos tipos de governança em enfermagem e seus impactos. Florianópolis-SC, 2012.

Apesar das diferenças entre os modelos de governança, os três propõem a busca pela excelência do processo de cuidar a partir da obtenção de melhores resultados assistenciais. Para atingir esse objetivo, a governança compartilhada propõe a reconfiguração das práticas de gestão de modo a possibilitar maior poder de decisão aos enfermeiros; a governança clínica volta-se para a organização e estruturação dos serviços e organizações de saúde; e, a governança pública procura estabelecer conexões entre os diferentes serviços que integram um sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, identificaram-se e caracterizaram-se três modelos de governança em enfermagem: governança compartilhada, governança clínica e governança pública.

A governança compartilhada é uma estratégia para adoção de modelos democráticos de gestão que possibilitem ao enfermeiro maior controle e autonomia sobre a prática profissional. A governança clínica

é um modelo centrado na gestão da qualidade do cuidado em saúde, com vistas à implementação e manutenção padrões assistenciais de excelência. A governança pública corresponde aos mecanismos utilizados pelo Estado para regular e gerenciar os serviços de prestação de cuidados à saúde.

Os três modelos têm impactado positivamente a prática dos enfermeiros e o cuidado em saúde no contexto internacional, possibilitando melhoria da qualidade assistencial, maior autonomia profissional, melhoria das relações de articulação entre os serviços de saúde e maior satisfação profissional. Os impactos advindos da adoção de modelos de governança nos serviços de saúde e enfermagem acenam para a necessidade de realização de estudos sobre a temática na América Latina, com o intuito de analisar e avaliar sua pertinência e aplicabilidade em diferentes contextos.

Limitações podem estar relacionadas à variedade de percepções sobre o tema investigado em função das particularidades da organização profissional da enfermagem e da estrutura dos sistemas de saúde nos países de origem dos estudos.

REFERÊNCIAS

PIERRE, J.; PETERS, B.G. **Governance, politics and the state**. New York: St. Martin's Press; 2000.

PLUMPTRE, T.; GRAHAM, J. **Governance and good governance: international and aboriginal perspectives**. Ottawa: Institute of Governance; 1999. Disponível em: www.iog.ca/publications/govgoodgov.pdf. Acesso em: 12 maio 2012.

ANDRADE, L.O.M. Inteligência de Governança para apoio à Tomada de Decisão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p. 829-832, 2012.

SIDDIQI, S. et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. **Health Policy**, v. 90, n.1, p.13-25, 2009.

DIELEMAN, M.; SHAW, D.M.P.; ZWANIKKEN, P. Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies. **Human Resources for Health**, v.9, p. 1-10, 2011.

CURRAN, C.R.; TOTTEN, M.K. Expanding the role of nursing in health care governance. **Nursing Economic\$,** v.28, n.1, p.44-46, 2010.

ANTHONY, M.K. Shared governance models: the theory, practice, and evidence. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing,** v. 9, n.31, 2004. Disponível em:
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No1Jan04/SharedGovernanceModels.html> Acessado em: 10 maio 2012.

CHRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v.46, n.3, p.734-741, 2012.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing,** v.52, n5, p.546-553, 2005.

ROCHE, M.; DUFFIELD, C.; WHITE, E. Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. **International Journal of Nursing Studies,** v.48, n.12, p.1475-1486, 2011.

GORMLEY, D.K. Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse turnover. **Journal of Nursing Management,** v.19, n.1, p.33-40, 2011.

FRAY, B. Evaluating shared governance: measuring functionality of Unit Practice Councils at the point of care. **Creative Nursing,** v.17, n.2, p.87-95, 2011.

B EGLINGER, J.E. et al. Shaping future nurse leaders through shared governance. **Nursing Clinics of North America,** v.46, n.1, p.129-135, 2011.

NEWMAN, K.P. Transforming organizational culture through nursing shared governance. **Nursing Clinics of North America,** v.46, n.1, p.45-58, 2011.

BARDEN, A. et al. Shared governance and empowerment in registered nurses working in a hospital setting. **Nursing Administration Quarterly**, v.35, n.3, p.212-218, 2011.

BAMFORD-WADE, A.; MOSS, C. Transformational leadership and shared governance: an action study. **Journal of Nursing Management**, v.18, n.7, p.815-821, 2010.

MOORE, S.C.; WELLS, N.J. Staff nurses lead the way for improvement to shared governance structure. **Journal of Nursing Administration**, v.40, n.11, p.477-482, 2010.

BALLARD, N. Factors associated with success and breakdown of shared governance. **Journal of Nursing Administration**, v.40, n.10, p.411-416, 2010.

BOGUE, R.J.; JOSEPH, M.L.; SIELOFF C.L. Shared governance as vertical alignment of nursing group power and nurse practice council effectiveness. **Journal of Nursing Management**, v.17, n.1, p.4-14, 2009.

KRAMER, M. et al. Walk the talk: promoting control of nursing practice and a patient-centered culture. **Critical Care Nurse**, v.29, n.3, p.77-93, 2009.

KRAMER, M. et al. *Structures and practices enabling staff nurses to control their practice*. **Western Journal of Nursing Research**, v.30, n.5, p.539-559, 2008.

WILSON, B. et al. Job satisfaction among a multigenerational nursing workforce **Journal of Nursing Management**, v.16, n.6, p.716-723, 2008.

ROBERTSON-MALT, S.; CHAPMAN, Y. Finding the right direction: the importance of open communication in a governance model of nurse management. **Contemporary Nurse**, v.29, n.1, p.60-66, 2008.

MASTAL, M.F.; JOSHI, M.; SCHULKE, K. Nursing leadership: championing quality and patient safety in the boardroom. **Nursing Economic\$,** v.25, n.6, p.323-330, 2007.

MOORE, S. C.; HUTCHISON, S.A. Developing leaders at every level: accountability and empowerment actualized through shared governance. *Journal of Nursing Administration*, v.37, n.12, p.564-568, 2007.

CANT, S.; WATTS, P.; RUSTON, A. Negotiating competency, professionalism and risk: the integration of complementary and alternative medicine by nurses and midwives in NHS hospitals. *Social Science & Medicine*, v.72, n.4, p.529-536, 2011.

WHITE, E.; WINSTANLEY, J. Implementation of Clinical Supervision: educational preparation and subsequent diary accounts of the practicalities involved, from an Australian mental health [corrected] nursing innovation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, v.16, n.10, p.895-903, 2009.

BAIL, K. et al. Writing ourselves into a web of obedience: A nursing policy analysis International. *Journal of Nursing Studies*, v.46, n.11, p.1457-1466, 2009.

PARK, J.; CATHERINE, M.A.; MOIRA, C. Improving patient care and clinical governance through the utilization of a clinical information 30 Jones S. Local implementation of the Essence of Care benchmarks. *Nursing Standard*, v.22, n.37, p.35-40, 2008.

JONES, S. Local implementation of the Essence of Care benchmarks. *Nursing Standard*, v.21-27, n.22(37), p.35-40, 2008.

McLEAN, K.; TAYLOR, W. Identifying the barriers to implementing a quality initiative in primary care: the views of practices in Scotland on the Quality Practice Award. *Quality in Primary Care*, v.15, n.6, p.353-359, 2007.

DEWAELEHEYN, N. et al. Do non-profit nursing homes separate governance roles? The impact of size and ownership characteristics. *Health Policy*, v.90, n.2-3, p.188-95, 2009.

DI LUZIO, G. Medical dominance and strategic action: the fields of nursing and psychotherapy in the German health care system. *Sociology of Health & Illness*, v.30, n.7, p.1022-1038, 2008.

MOORE, J, WEST, RM, KEEN, J, GODFREY, M, Townsend J. Networks and governance: the case of intermediate care. **Health & Social Care in the Community**, v.15, n.2, p.155-164, 2007.

McSHERRY, R. et al. The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. **Journal of Nursing Management**, v.20, n.1, p.7-19, 2012.

SCALLY, G.; DONALDSON, L.J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **British Medical Journal**, v.317, n.7150, p.61-65, 1998.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, v.43, n.2, p.347-369, 2009.

2.3 OS HOSPITAIS COMO AMBIENTES DE CUIDADO

A origem do termo “hospital” vem do latim *hospitalis*, que significa hospitaleiro e acolhedor. Essa palavra deriva do adjetivo *hospes*, cujo significado é hóspede, viajante e estrangeiro, podendo também ser utilizada para se referir àquele que hospeda e dá agasalho (BORBA; LISBOA, 2006). O hospital é uma organização bastante antiga na história da Humanidade. Ao longo de sua secular trajetória, as instituições hospitalares passaram por muitas transformações relacionadas, de um lado, às mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais que se sucederam; de outro, às grandes descobertas científicas e avanços tecnológicos ocorridos na área das ciências da saúde (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Os registros mais antigos sobre o aparecimento dos hospitais remetem aos primeiros séculos da Era Cristã, durante o Império Bizantino, mais precisamente ao início do século IV d.C, após a conversão do imperador Constantino ao cristianismo. Tal aparecimento não consiste em mero acaso. Esse processo ocorreu em um contexto no qual vigorava a crença nos milagres de cura realizados por Cristo e na virtude suprema e redentora do ato de caridade para os cristãos (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Na Idade Média, intensificou-se o surgimento dos hospitais, sendo um marco a criação do Hospital *Saint Thomas*, em 1215, na Inglaterra, onde Florence Nightingale implantou a primeira Escola de

Enfermagem em 1860. Em tal momento histórico, os hospitais surgem associados às ordens religiosas e funcionam sob a sua tutela e orientação. Tudo nesses hospitais encontrava-se marcado por uma orientação cristã, desde a organização interna, a administração, o suporte econômico até a forma de cuidado dos enfermos. Alguns desses estabelecimentos, durante o período medieval, foram chamados como as “Casas de Deus” (*Hôtel Dieu*, em Paris) ou “Casas de misericórdia” (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Nessa época, a missão dos hospitais não se voltava propriamente à cura de pacientes, pois com a assistência ali prestada prendia-se mais à salvação espiritual dos homens do que a material, de tal forma que os hospitais cumpriam, principalmente, um papel no processo de transição entre a vida e a morte. Além disso, eles desempenhavam, concomitantemente, a função de separação e exclusão social. Em uma época na qual a miséria e a enfermidade encontravam-se bastante associadas, o hospital era uma instituição basicamente destinada aos pobres, representava um espaço de refúgio e recolhimento daqueles que necessitavam de cuidado, e que, na condição de doentes, constituíam uma ameaça às coletividades. Assim, os hospitais constituíam-se em depósitos de doentes cuja função era isolar os indivíduos pobres portadores de moléstias infecciosas do convívio social, visando evitar a disseminação de doenças (ANTUNES, 1991; BORBA; LISBOA, 2006).

A conversão do hospital em um instrumento terapêutico ocorreu apenas durante o século XVIII. Essa transformação derivou das profundas alterações econômicas e sociais associadas à primeira Revolução Industrial e do surgimento, em resposta direta às mudanças em curso, de uma nova mentalidade e atitude social diante dos problemas comunitários. Sob a égide de valores, como ordenação, eficiência e disciplinamento do mundo do trabalho e da vida urbana, surgiu um novo olhar sobre a assistência aos pobres e a instituição hospitalar. Atendendo a razões políticas, sociais e às convicções sanitárias da época, esse foi o momento da construção de grandes hospitais gerais em todas as cidades da Europa. Em Londres, por exemplo, surgem o *Guy's Hospital* (1724) e o *London Hospital* (1740) (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

O século XVIII também é marcado pela realização de estudos, desenvolvidos por meio de viagens-inquéritos, direcionados para a observação sistemática e comparada dos serviços hospitalares. Estabelecem-se assim correlações entre os tipos de pacientes internados, os padrões arquitetônicos vigentes e as taxas de mortalidade observadas.

Constata-se que os hospitais não funcionavam tão bem como deveriam. E não é mais admissível que os hospitais sigam funcionando como verdadeiros morredouros. Assim, durante esses anos, desenrolam-se diversas iniciativas voltadas para a modernização das dependências hospitalares (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

O século XIX marca o início de um período de extraordinário progresso científico e tecnológico em diversos campos do conhecimento. Inaugura-se nesse momento a era de uma ciência pública, financiada pelo Estado e desenvolvida nas universidades e nos institutos de pesquisa. Os avanços então alcançados nas ciências básicas – na física e na química – e, mais tarde, na área biomédica, com o surgimento de campos, como a bioquímica, microbiologia, patologia e anatomia, que irão gradativamente selar o entrelaçamento da instituição hospitalar com a medicina moderna. Assim, as doenças passam a ser vistas como o resultado de lesões orgânicas e os hospitais tornam-se os espaços ideais para o tratamento de condições mórbidas (BORBA; LISBOA, 2006; BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Apesar desses avanços, é no período do pós-guerra até meados dos anos 1970 que se constitui a chamada ‘era de ouro’ da assistência médico-hospitalar, e um conjunto de circunstâncias concorre para isso. A partir de 1945, os países ocidentais experimentam um novo padrão de desenvolvimento econômico e social. O período que se segue à Segunda Guerra Mundial é, portanto, de difusão e radicalização de um determinado padrão de assistência à saúde, fundado no hospital moderno, organização idealmente, projetada em edificações arrojadas, que abriga um grande número de leitos, que busca reunir o mais amplo e diversificado corpo de especialistas e concentrar o mais atualizado e completo parque de equipamentos (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Assim, o *boom* da medicina hospitalar e dos grandes estabelecimentos hospitalares no pós-guerra, logo suscita preocupações no que tange às dificuldades para o seu financiamento e à necessidade de se pôr em prática uma gestão condizente com uma organização hospitalar, de tamanho porte e complexidade. Ao fim dos anos de 1950, particularmente nos Estados Unidos, a temática hospitalar invade tanto a agenda acadêmica, com a proliferação de estudos organizacionais dedicados ao assunto, como a agenda política, dadas as dúvidas acerca do seu futuro (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Pelas razões anteriormente discutidas, os hospitais tornaram-se um dos principais alvos dessas iniciativas de inovação gerencial, sendo submetidos a um enorme leque de medidas direcionadas para a

profissionalização da gestão. Essas ações compreenderam desde o uso mais intensivo de ferramentas e de sistemas de informação gerenciais provenientes da área empresarial – como a abordagem da qualidade total, a reengenharia, o planejamento estratégico e a remuneração de pessoal baseada na performance – até propostas mais sistêmicas de autonomização e instauração de contratos de gestão (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Dessa forma, pode-se afirmar que os hospitais representam uma das formas mais complexas de organização humana que alguma vez se tentou gerir. Entre os diversos tipos de organização existentes, o hospital representa aquela que mais uso intensivo faz de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento, necessitando conseqüentemente de um enquadramento de administração com os seus órgãos de governo e uma equipe profissional de gestores. Ao mesmo tempo, desempenha um papel fundamental no contexto em que está inserido relacionado com o tipo específico de bem que produz – prestação de cuidados de saúde – e, conseqüentemente, com a responsabilidade que tem perante a tutela na realização de cuidados de saúde, mas também na promoção, prevenção e proteção da saúde (GLOUBERMAN E MINTZBERG, 2001; RAPOSO, 2007).

Portanto, considerando o porte e a complexidade das organizações hospitalares é importante que essas instituições possam ser geridas por indivíduos com conhecimentos especializados sobre gestão hospitalar. Isso pode contribuir com o desafio de gerir a diversidade e a quantidade de atividades realizadas no ambiente hospitalar, a variada gama de profissionais envolvidos na realização dessas atividades, o montante de recursos financeiros necessário para manter o hospital em funcionamento, além do elevado número de itens de materiais de consumo e de medicamentos utilizados.

2.4 GESTÃO E COMPLEXIDADE ORGANIZACIONAL

Nas ciências administrativas, as palavras administração e gestão são usadas, frequentemente, de forma indiscriminada e, muitas vezes, consideradas como sinônimos. No entanto, administração e gestão têm objetos de intervenção diferentes, com processos e procedimentos particulares que se diferenciam em seus propósitos, bem como em seu alcance. A partir de uma análise etimológica, pode-se entender o porquê da proximidade na definição dos termos administração e gestão (LOPEZ; MARINO, 2010).

O termo administração é de origem latina, proveniente do verbo *administrare*, que pode ser definido como administrar um bem ou administrar em defesa dos interesses daqueles que confiam o seu patrimônio a alguém (LOPEZ; MARINO, 2010). Os primeiros estudos sobre administração datam da Grécia antiga, onde Platão e Sócrates defendiam a universalidade dos princípios administrativos, mesmo sem enunciá-los claramente.

Nesse sentido, a administração caracteriza-se como um campo do conhecimento e uma disciplina científica que vem sendo historicamente construída. Nesse sentido, faz-se necessário assinalar sua significativa evolução, desde o início do século XX, quando teve início a construção do seu marco de referência, com base nas propostas de Taylor e Fayol, como os expoentes, respectivamente, da Administração Científica e Administração Industrial. Para Taylor, a administração compreende um conjunto de princípios para a obtenção de máxima produtividade do trabalhador. Fayol, por sua vez, considera a Administração como um conjunto de princípios desenvolvidos para a previsão, organização, direção, coordenação e controle (LOPEZ; MARINO, 2010).

Ampliando o conceito tradicional de administração, Aktouf (2003, p. 17), apresenta uma definição que contempla o desenvolvimento histórico do conceito:

série de atividades interdependes destinadas a conseguir que certa combinação de meios (financeiros, humanos, etc.) possa gerar uma produção de bens ou serviços econômicos ou serviços socialmente úteis e na medida do possível rentáveis para as empresas com fins lucrativos.

Quanto à definição do termo Gestão, coloquialmente, ela é entendida como o “fazer diário dos gerentes”. Porém, Lopez e Marino (2010) afirmam que esse é um conceito em processo de construção e consolidação no contexto das ciências administrativas. Etimologicamente, gestão tem origem no vocábulo *gerere*, que significa executar, dirigir, conduzir e governar.

Para auxiliar no entendimento dos termos Administração e Gestão, apresenta-se o Quadro 1.

ADMINISTRAÇÃO/ ADMINISTRATION	GERÊNCIA/ MANAGEMENT	GESTÃO
Termo de origem latina, proveniente do verbo <i>administrare</i> . Corresponde ao processo de administrar atividades para gerar produção de bens ou serviços econômicos	A palavra <i>management</i> procede do latim <i>manus</i> , que significa “mão” vocábulo do qual procede o verbo inglês <i>to manage</i> , que, antigamente, denotava adestrar um cavalo para fazê-lo praticar o <i>manège</i> , ou seja, impor a vontade do cavaleiro ao animal. Em analogia, o termo representa as aspirações capitalistas de controle. Recentemente, relaciona-se a conduzir, governar, dirigir e administrar (BRAVERMANN, 1987).	O vocábulo <i>gestão</i> provém do verbo latino <i>genere</i> , que significa conduzir, realizar, cumprir, dirigir e governar (AKTOUF, 2003).

Quadro 1 – Síntese dos conceitos de Administração, Gerência e Gestão

Fonte: Adaptado de Lopez; Marino (2010).

Apesar dos termos Administração e Gestão estarem vinculados com a noção de condução e direção, entende-se que a Gestão está relacionada com as ações dentro das organizações que permitem estabelecer as diretrizes que as conduzem a um estado superior, conforme a sua identidade e os seus propósitos. Nessa linha de pensamento, pode-se considerar que o conceito de gestão abrange uma visão mais ampla do que aquela estritamente operacional, pois as práticas de gestão requerem conhecimentos e ferramentas que possibilitem a articulação dos subsistemas que compõem uma organização (LOPEZ; MARINO, 2010).

Dias (2002) ao realizar uma revisão crítica sobre os conceitos de gestão e administração considera que a dificuldade de estabelecer um marco limítrofe entre esses dois termos pode estar relacionada a conflitos de natureza semântica entre tradutores, os quais ocorreram não só no Brasil, mas em outros países também. Nos dicionários de língua portuguesa, esses termos são apresentados geralmente como sinônimos. No entanto, nos dicionários de inglês, “nota-se uma efetiva utilização da palavra *administration* como sinônimo, de forma discreta, de *management*, e uma constante ligação daquela a ‘administração’ pública”. O termo *management*, por sua vez, aparece sempre relacionado à direção pura e simples ou à condução de negócios (p.4).

No contexto do SUS, outras concepções são atribuídas aos termos gestão e gerência por meio da NOB/SUS 96. A gestão é a atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologia, dentre outras. São, portanto, considerados gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde. A gerência é definida como a administração de uma unidade ou um órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, fundação, etc.), que se caracteriza como um prestador de serviços do SUS (BRASIL, 1997).

Cabe ressaltar que neste estudo adota-se um conceito ampliado de gestão, em consonância com Souza e Athayde (2011), Felli *et al.* (2011) e Melo e Santos (2012), os quais consideram que no seu exercício profissional todos os trabalhadores, em alguma medida, precisam decidir, pesar, debater, valorar, enfim, gerir suas atividades de trabalho. Nessa mesma linha de pensamento, também não se coaduna com a ideia de que os conceitos de gestão e gerência diferenciam-se conforme a posição hierárquica do indivíduo na direção de diferentes esferas do SUS ou nos serviços de saúde, entendendo que a abrangência administrativa é que se diferencia.

A gestão tem sido fundamentada por dois principais paradigmas, os quais se relacionam de alguma maneira às circunstâncias sociais, econômicas, políticas e culturais vigentes ao longo do percurso evolutivo da Administração: o paradigma tradicional e o paradigma emergente. O paradigma tradicional dominou o discurso sobre gestão desde o seu início e o paradigma emergente surgiu como uma nova perspectiva diante dos desafios que atingem a gestão das organizações (LOPEZ; MARINO, 2010).

O paradigma tradicional também é denominado como paradigma disjuntor-redutor, pois está balizado na dicotomia entre sujeito e objeto, qualidade e quantidade. É expresso pelo cartesianismo, mecanicismo, positivismo, funcionalismo e suas derivações, que instituem relações ordenadas de causa e efeito entre eventos, criando uma relação de subordinação entre sociedade e natureza (BOEIRA *et al.*, 2012). Esse paradigma é orientado pela razão instrumental, e aqueles que o adotam ou nele acreditam procuram manter a ordem e uniformidade do comportamento em todas as relações (SILVA; REBELO, 2003).

O paradigma tradicional difundiu-se nas organizações porque, na sua origem, o conhecimento sobre gestão e seus instrumentos estava relacionado com o planejamento, a articulação e o controle das operações em ambientes previsíveis, em que as tecnologias mudavam lentamente. Além disso, o contexto interno e externo de cada sistema produtivo eram bem definidos, o que tornava as organizações autossuficientes (ETKIN, 2003). No âmbito do paradigma funcionalista, os teóricos das organizações abordam frequentemente seu objeto a partir de uma estrutura de referências com base em pressupostos não discutidos, e, na medida em que esses pressupostos são reforçados e reafirmados continuamente por diversos pesquisadores, essa visão ortodoxa de mundo passa a ser assumida como única e inquestionável (SERVA; ALPERSTEDT; DIAS, 2010).

A ortodoxia na teoria das organizações foi desenvolvida a partir de metáforas suportadas pelo paradigma funcionalista e pelos seus pressupostos, acabando por engendrar o desenvolvimento de teorias pautadas em fundamentos pouco questionados até os anos 1980, quando se começa a proclamar que tais condições “industriais” (ou “fordistas”) estão cedendo espaço a uma era “pós-industrial” (ou “pós-fordista”) (SERVA; ALPERSTEDT; DIAS, 2010).

Esse argumento assume formas variadas, mas, em essência, sustenta que a economia avançou da fabricação em massa de produtos padronizados para ciclos mais curtos de produtos para nichos de mercados. Ao mesmo tempo, sugere-se que as pessoas nas organizações precisam – e talvez queiram – ser mais flexíveis e inovadoras, em vez de ficarem simplesmente seguindo ordens. Por fim, sustenta-se que o ambiente de todas as organizações ou pelo menos da maioria delas tornou-se crescentemente fluido e inclinado à mudança rápida (GREY, 2010).

Assim, à medida que alguns cientistas avançaram nos estudos e nas pesquisas sobre as organizações, constatou-se que nem tudo se encaixava no paradigma tradicional. Associado a isso, o contexto organizacional complexificou-se e as contradições começaram a aparecer, principalmente em função das transformações sociais e econômicas que ocorriam. As regras do jogo mudaram, as distâncias diminuíram e as barreiras de comunicação foram superadas. As organizações passaram a compor um entorno turbulento, no qual as previsões se tornam difíceis, pois os jogadores se movem conforme o movimento dos demais (ETKIN, 2003).

Todas essas transformações marcam a transição para o paradigma emergente, que incorpora a perspectiva da complexidade ao

contexto organizacional. Esse novo entendimento da natureza propõe a mudança de um padrão cronométrico para um padrão de incerteza, do absoluto para o relativo, permitindo que, sob o olhar da complexidade, a ciência consiga incorporar o incerto, o imprevisível, o novo e as mudanças contínuas e permanentes (SILVA; REBELO, 2003).

O conceito de complexidade foi descrito originalmente nas ciências naturais e físicas entre o século XIX e início do século XX e difundiu-se nas mais diversas áreas do conhecimento. Atualmente, no início do século XXI, existem três principais correntes de pensamento e/ou autores que se dedicam a estudar a noção de complexidade: 1) Instituto Santa Fe, no Novo México, onde trabalham figuras proeminentes Murria Gell-Mann, Christopher G Langton, W. Brian Arthur, Stuart A. Kauffman, Jack D. Cowan; 2) Niklas Luhmann, e; 3) Edgar Morin (MORENO, 2002).

Neste trabalho, adota-se o pensamento complexo de Edgar Morin, que tem desenvolvido estudos nessa área desde os anos 1970 e é considerando um dos principais pensadores contemporâneos da Humanidade. O destaque da sua obra deve-se, de acordo com Boeira e Koslowski (2009, p. 112), à perspectiva de Morin sobre a complexidade, a qual “difere fundamentalmente de outras concepções que se limitam às ciências naturais e minimizam as peculiaridades das ciências antropológicas, deixando a filosofia em segundo plano, ou, simplesmente, omitindo a contribuição da ética e da reflexão política”.

Assim, o autor busca uma “compreensão dos limites de qualquer teoria e a disposição para articular diversas teorias de forma sistêmica, recursiva, dialógica, retroativa, holográfica, transdisciplinar e reflexivamente”. Vale ressaltar que não há especificamente uma teoria da complexidade, “mas uma complexificação da concepção mutilante de teoria, ou seja, a teoria torna-se um ponto de partida, não mais de chegada, uma vez que ela representa a possibilidade de tratar um problema e não a solução do mesmo” (BOEIRA; KOSLOWSKI, 2009, p.112-113).

O pensamento complexo proposto por Edgar Morin adota o sentido etimológico latino da palavra complexidade: "aquilo que é tecido em conjunto", diferentemente daquilo que é reconhecido pelo senso comum como complexo, ou seja, o que é difícil, complicado, imbricado e confuso. Ele questiona os princípios da disjunção, redução e abstração que contribuem para fragmentação do conhecimento em disciplinas, sob a égide de um paradigma de simplificação, o qual diz respeito “ao conjunto dos princípios de inteligibilidade próprios da cientificidade clássica, e que, ligados uns aos outros, produzem uma

concepção simplificadora do universo (físico, biológico, antropossocial)” (MORIN, 2008, p.330). Além disso, prioriza a universalização dos saberes, a redução do conhecimento a suas partes; um isolamento e separação do objeto de estudo de seu ambiente; uma eliminação do sujeito cognoscente no campo da pesquisa; as contradições no ato de produzir conhecimento aparecem necessariamente como erro (MORIN, 2008).

Morin (2008) propõe um pensamento complexo que convida a prestar conta do despedaçamento e mutilações do saber e do fazer, articulando o mundo das ideias com o da vida. A lógica da Complexidade faz uma torção em diversos sustentáculos do pensamento cartesiano, subverte a lógica da ordem do conhecimento, denuncia a imprevisibilidade do saber e da relação com a vida, derruba as fronteiras entre produtor e produto, causa e efeito para construir um saber aberto à experimentação (SILVA, 2006).

Nessa direção, é essencial uma reflexão sobre o modo como o aprendizado e a construção do conhecimento têm ocorrido:

(...) aprendemos muito bem a separar. [...] Nosso pensamento é disjuntivo e, além disso, redutor: buscamos a explicação de um todo através da constituição de suas partes. Queremos eliminar o problema da complexidade. Este é um obstáculo profundo, pois obedece à fixação a uma forma de pensamento que se impõe em nossa mente desde a infância, que se desenvolve na escola, na universidade (MORIN, 1996, p. 275).

Desse modo, o pensamento complexo focaliza o conhecimento multidimensional, mas reconhece que o conhecimento completo é impossível. Assim, a complexidade gera a aspiração pela completude e não por um saber total (MORIN, 2001). O conhecimento, para Morin (2008), comporta informação, ou seja, a possibilidade de responder a incertezas, mas o conhecimento não se reduz a informações, pois necessita de estruturas teóricas para dar sentido às informações.

Para ajudar a pensar a complexidade, Morin (2010) destaca sete princípios básicos, complementares e interdependentes entre si:

- Sistêmico ou organizacional, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, sendo este igualmente menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto.

- Hologramático, que põe em evidência este aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. Assim, cada célula é uma parte de um todo – o organismo global –, mas também o todo está na parte: a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual; a sociedade está presente em cada indivíduo, enquanto todo, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas.
- Circuito retroativo, que permite o conhecimento dos processos autorreguladores. Rompe com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito age sobre a causa.
- Circuito recursivo, que ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização. É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são, eles mesmos, produtores e causadores daquilo que os produz. Os indivíduos humanos produzem a sociedade nas interações e pelas interações, mas a sociedade, à medida que emerge, produz a humanidade desses indivíduos, fornecendo-lhes a linguagem e a cultura.
- Autonomia/dependência (auto-eco-organização), conforme o qual os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, despendem energia para manter sua autonomia. Como têm necessidade de retirar energia, informação e organização de seu meio ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência; é por isso que precisam ser concebidos como seres auto-eco-organizadores. Vale especificamente para os humanos – que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura – e para as sociedades – que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico.
- Dialógico, que une dois princípios que na concepção tradicional, um excluiria o outro, mas que aqui são considerados indissociáveis numa mesma realidade. Dessa forma, concebe-se uma dialógica ordem/desordem/organização desde o nascimento do universo.
- Reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, que opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e época determinadas.

Nesse sentido, o paradigma da complexidade surge como um desafio, uma possibilidade de reflexão e uma alternativa para escapar do

pensamento redutor (que só vê os elementos) e do global (que vê apenas o todo), reconhecendo que a simplificação é necessária, mas que precisa ser relativizada. Ele comporta as imperfeições, as incertezas, as contradições e o reconhecimento do irreduzível, propondo uma relação dialógica entre ordem/desordem/organização (MORIN, 2001).

Morin (2008) considera que a noção de ordem ultrapassa o antigo determinismo, segundo o qual ela era a regente de todas as coisas do universo e, por isso, constituía-se como a única verdade existente. O autor defende que a ordem está ligada à ideia de interações responsáveis pela organização de um sistema, as quais geram repetição, constância e certa invariância. A desordem, seguindo essa mesma linha de pensamento, não se opõe a ordem, mas coopera com ela para criar organização, pois a imprevisibilidade representada pela desordem conduz a um permanente processo de desorganização e reorganização, ou seja, a desordem e as contradições estão presentes em todos os fenômenos e nas relações entre eles e não podem ser negadas.

Os sistemas são unidades complexas organizadas, compostas por partes que devem ser concebidas não só em função do todo, mas também em isolamento, pois cada parte possui a sua própria irreduzibilidade. Desse modo, as partes podem ser eventualmente mais do que o todo e o todo menos ou mais do que a soma das suas partes. Portanto, a organização, associada à ideia de sistema e ordem, pode ser produtora de uma unidade complexa, que liga, transforma, mantém ou produz componentes, indivíduos e acontecimentos (MORIN, 2005; 2008).

O advento do pensamento complexo gerou um novo contexto nas organizações, no qual a ordem e a desordem caminham juntas em um mundo sem fronteiras (SILVA; REBELO, 2003). Essas novas organizações têm recebido os nomes mais diversos: organização virtual, em rede e pós-moderno. Porém, conforme Grey (2010) elas podem ser abrigadas sob a denominação comum de “pós-burocracia” e têm como principais características:

- Substituição das regras pelo consenso e diálogo, baseado em influências pessoal em vez de *status*;
 - Incentivo para as pessoas agirem com base em valores compartilhados, em vez de regras;
 - Atribuição de responsabilidades com base na competência para as tarefas, não na hierarquia;
 - Valorização das individualidades, em vez de impessoalidades;
- e,

- Flexibilização dos contratos de trabalho e vínculos empregatícios, a organização tem um limite aberto, e com isso, em vez um emprego permanente de dedicação exclusiva, as pessoas chegam e saem da organização com flexibilidade, o que inclui acordos de meio expediente, temporários e consultorias.

Com todas essas transformações, o pensamento complexo aplicado ao contexto organizacional pode contribuir com o trabalho dos gestores possibilitando o desenvolvimento de práticas mais efetivas (SILVA; REBELO, 2003). Nessa mesma perspectiva, Etkin (2003) sinaliza a importância do gerente atuar como líder que tece os fios da trama, indica o caminho a seguir e guia a sua equipe em suas relações com o contexto organizacional. O êxito, nesse caso, passa pelo planejamento e condução efetiva, a partir da definição de uma ordem suscetível ao imprevisto e à desordem (ETKIN, 2003).

A emergência do pensamento complexo nas organizações resgata o caráter multidimensional do ser humano no contexto das organizações em oposição à condição de mero apêndice da máquina e executor de ordens (SILVA; REBELO, 2003). Assim, é necessária a construção de uma organização que se caracterize por ser democrática, transparente e participativa. Isso está relacionado com formas de governo e espaços em que os grupos possam expressar suas ideias sobre o presente e o futuro da organização, mediante a criação e manutenção de um ambiente de trabalho equitativo e motivador (ETKIN, 2003).

Diante desse cenário, Chanlat (1992, p.45) propõe a criação de uma antropologia das organizações, que ambicione “reunir o que estava até agora separado, colocando em evidência as dimensões esquecidas, reafirmando o papel do indivíduo, da experiência, do simbólico nas organizações e ao mesmo tempo restituí-los ao seu quadro sócio histórico”. Para tanto, esse autor acredita que as organizações devem centrar sua atenção para o fator humano, reconhecendo o homem ao mesmo tempo como um ser genérico e singular, um ser ativo e reflexivo, um ser de palavra, um ser de desejo e de pulsão, um ser simbólico e um ser espaço-temporal.

3 MÉTODO

Pesquisar significa a construção de um conhecimento original que perpassa a observância de um conjunto de passos a serem seguidos na busca por respostas consistentes a uma problemática investigada (GOLDENBERG, 2007). Desse modo, este capítulo apresenta o percurso metodológico trilhado na busca pela compreensão da problemática em voga.

3.1 DESENHO DA PESQUISA

Este estudo configura-se como uma pesquisa de métodos mistos com triangulação concomitante de dados.

A ideia de misturar diferentes métodos originou-se em 1959 na psicologia, quando Campbell e Fisk utilizaram uma matriz de múltiplos métodos para estudar a validade de traços psicológicos. Essa iniciativa incentivou outros pesquisadores a combinarem os métodos de pesquisa e, assim, estratégias de métodos de campo, como observações e entrevistas (dados qualitativos), foram associados aos levantamentos tradicionais (dados quantitativos). Dessa forma, teve origem a triangulação das fontes de dados como estratégia para neutralizar ou cancelar os vieses inerentes aos métodos de pesquisa (CRESWELL, 2010).

No início da década de 1990, a ideia de combinação evoluiu da busca de convergências para a real integração ou conexão dos dados qualitativos e quantitativos. Por exemplo, os resultados de um método podem ajudar a identificar os participantes a serem estudados ou as perguntas a serem feitas pelo outro método. Dados qualitativos e quantitativos também podem ser usados lado a lado para reforçar um ao outro (CRESWELL, 2010).

Quatro aspectos importantes precisam ser decididos no planejamento dos procedimentos para métodos mistos: distribuição de tempo, atribuição de peso, a combinação e a teorização, como mostra o Quadro 2.

Distribuição de tempo	Atribuição de peso	Combinação	Teorização
Sequência não ocorrida	Igual	Integração	Explícita
Dados qualitativos coletados primeiro	Qualitativo	Conectando	Implícita
Dados quantitativos coletados primeiro	Quantitativo	Incorporando	

Quadro 2 – Aspectos a serem considerados no planejamento de pesquisas de métodos mistos

Fonte: Creswell (2010)

Na distribuição do tempo, deve-se considerar se os dados qualitativos e quantitativos serão coletados em fases (sequencialmente) ou ao mesmo tempo (concomitantemente). Quando os dados são coletados em fases, a definição de quais vêm primeiro depende da intenção inicial do pesquisador. Dados qualitativos são coletados primeiramente quando a intenção é explorar o tópico com os participantes. Depois, o pesquisador expande o entendimento por meio de uma coleta com uma população ou amostra representativa da mesma. Quando dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente a implementação é simultânea (CRESWELL, 2010).

A atribuição de peso refere-se à definição da prioridade atribuída a pesquisa quantitativa ou qualitativa no estudo. Pode-se atribuir o mesmo peso aos dados provenientes das duas abordagens ou enfatizar uma ou outra, de acordo com os interesses do pesquisador ou do público ao qual se destina a pesquisa (CRESWELL, 2010).

A combinação compreende o modo como os dados são mixados, ou seja, significa estabelecer se os dados qualitativos e quantitativos serão realmente fundidos, ou serão mantidos separados, ou ainda se estarão de algum modo combinados. Diz-se que os dados na pesquisa de métodos mistos estão conectados quando há uma combinação da pesquisa quantitativa e qualitativa com a análise de dados da primeira fase do estudo e a coleta de dados da segunda fase. Há uma integração quando os bancos de dados qualitativos e quantitativos estão fundidos e produzem informações que se apoiam mutuamente. A incorporação ocorre quando se coletam dados secundários que têm papel de apoio para as informações de um banco de dados principal (CRESWELL, 2010).

Outro fator a ser considerado é se há uma perspectiva teórica que guia a execução do projeto de método misto. Todos os

pesquisadores possuem teorias, hipóteses ou estruturas norteadoras em suas investigações, e tais teorias podem estar explicitadas ou implícitas e não mencionadas (CRESWELL, 2010).

A partir da definição destes quatro fatores, moldam-se os procedimentos de um estudo de métodos mistos e define-se uma das seis principais estratégias de proposta de pesquisa descritas na literatura: explanatória sequencial, exploratória sequencial, transformativa sequencial, triangulação concomitante, incorporada concomitante e transformativa concomitante (CRESWELL, 2010).

Essas estratégias podem ser descritas usando-se um sistema de notação desenvolvido para facilitar a comunicação entre pesquisadores de métodos mistos. Trata-se de um conjunto de rótulos e símbolos abreviados que representam aspectos da pesquisa. As principais notações utilizadas estão apresentadas no Quadro 3.

Notação	Definição
“QUAN”	Estudo conduzido quantitativamente
“QUAL”	Estudo conduzido qualitativamente
“quan”	Dados quantitativos secundários em relação a dados qualitativos
“qual”	Dados qualitativos secundários em relação a dados quantitativos
“+”	Coleta simultânea ou concomitante de coleta de dados quantitativos e qualitativos
“→”	Forma sequencial de coleta de dados

Quadro 3 – Sistema de notação para pesquisas de métodos mistos

Fonte: Creswell; Plano Clark (2011)

O Quadro 4 apresenta uma síntese de cada uma das estratégias de métodos mistos e o seu sistema de notação.

Estratégia	Definição	Exemplo de notação
Explanatória sequencial	Dados quantitativos são coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados qualitativos desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais.	QUAN → qual
Exploratória sequencial	Dados qualitativos são coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados quantitativos desenvolvida sobre os resultados qualitativos iniciais.	QUAL → quan

Transformativa sequencial	Projeto de duas fases com uma lente teórica se sobrepondo aos procedimentos sequenciais. Tem uma fase inicial (quantitativa ou qualitativa) seguida de uma segunda fase (quantitativa ou qualitativa), que se desenvolve sobre a fase anterior.	QUAN → qual QUAL → quan
Triangulação concomitante	Dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente e depois comparados com o objetivo de determinar convergências, diferenças e combinações.	QUAN + QUAL
Incorporada concomitante	Dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente. No entanto, há um método principal que guia o projeto e um banca de dados secundário com papel secundário.	Qual(QUAN) → Quan(QUAL)
Transformativa concomitante	Adota perspectiva teórica específica, com dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente. No entanto, pode-se ter um método incorporado no outro	QUAN + QUAL → quan

Quadro 4 – Principais estratégias de métodos mistos

Fonte: Adaptado de Creswell (2010) e Creswell; Plano Clark (2011)

A partir do panorama apresentado sobre as características e estratégias de métodos mistos de pesquisa, justifica-se a adoção da estratégia de triangulação concomitante de dados qualitativos e quantitativos, com igual atribuição de peso e mixados mediante integração para determinar convergências, diferenças e combinações (QUAN + QUAL). A perspectiva teórica é explícita e corresponde aos tópicos abordados na seção de Fundamentação Teórica.

A estratégia de triangulação concomitante possibilita a condução simultânea, mas separadamente, de estudos quantitativos e qualitativos, como meio de compensar os pontos fracos inerentes a um método com os pontos fortes do outro, produzindo resultados melhor substanciados e validados (CRESWELL, 2010; CRESWELL; PLANO CLARK, 2011). Dessa forma, foram desenvolvidos dois estudos, cada um com suas configurações:

- Estudo quantitativo com delineamento transversal, e;

- Estudo qualitativo orientado pelo método *Grounded Theory*, também chamado Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

A pesquisa quantitativa utiliza-se do raciocínio dedutivo e sistemático para produzir evidências científicas a partir de números que resultam de algum tipo de medição formal analisados por procedimentos estatísticos. Entre os delineamentos de pesquisa quantitativa, os estudos transversais caracterizam-se por examinar relações entre variáveis que não podem ser manipuladas. Em relação à dimensão temporal, nos modelos transversais os fenômenos estudados são contemplados em um único período de coleta de dados (POLIT; BECK, 2011).

As principais vantagens dos estudos transversais são a economia e facilidade de controle. No entanto, não possibilita inferir tendências e mudanças ao longo do tempo. Além disso, estudos quantitativos limitam-se a uma compreensão relativamente pequena da complexidade e diversidade inerentes às experiências humanas (POLIT; BECK, 2011).

Essa limitação pode ser superada por meio de pesquisas qualitativas, em que “a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória” (GOLDENBERG, 2007, p.14). A abordagem qualitativa busca a percepção dos fenômenos e seus significados para as pessoas, as quais estão em constante processo interativo no interior de grupos sociais dinâmicos (POLIT; BECK, 2011).

Entre os desenhos de pesquisa qualitativa, a TFD é uma das abordagens mais utilizadas na área de Enfermagem. A proposta pragmática e o foco dessa metodologia na ação e interação humana torna-a, pois, atraente para a Enfermagem, que é uma disciplina prática baseada em interações constantes com pacientes, familiares e equipe de saúde (LOMBORG; KIRKEVOLD, 2003).

A TFD foi desenvolvida na década de 1960, nos Estados Unidos, pelos sociólogos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss, como uma alternativa à tradição hipotético-dedutiva da época. Tem como objetivo gerar explicações sobre a ação dos indivíduos em um contexto delimitado, a partir da realidade vivenciada por eles: por que e como determinado grupo age, ou interage com outros grupos, em situações contextuais específicas e delimitadas (BANDEIRA-DE-MELO; CUNHA, 2006). De acordo com Prado *et al.* (2008), a TFD tem suas origens no Interacionismo Simbólico, enfocando os processos de

interação entre as pessoas que exploram condutas humanas e papéis sociais. No entanto, o Interacionismo Simbólico não é necessário para legitimá-la como método de investigação científica.

Glaser tem origens acadêmicas na Universidade de Columbia, de tradição quantitativa. A metodologia analítica deve-se em grande parte aos procedimentos de análise indutiva quantitativa desenvolvidos na referida universidade: a necessidade de fazer comparações entre os dados para o desenvolvimento de conceitos. A formação acadêmica de Strauss, por outro lado, tinha origens na Universidade de Chicago, de forte tradição qualitativa e de abordagens críticas no desenvolvimento de teorias (BANDEIRA-DE-MELO; CUNHA, 2006).

Eles desenvolveram o método em conjunto durante um estudo de quatro anos sobre os relacionamentos entre médicos e pacientes terminais em 1965. Nessa época, os funcionários dos hospitais raramente falavam sobre, ou mesmo reconheciam, a morte e o processo da morte dos pacientes gravemente enfermos. A equipe de pesquisa observou a forma como ocorria o processo da morte em diversos ambientes hospitalares; observaram como e quando os profissionais e seus pacientes terminais tomavam conhecimento do fato de estarem morrendo, e a forma como lidavam com essa informação. Glaser e Strauss deram aos seus dados um tratamento analítico explícito e produziram análises teóricas sobre a organização social e a disposição temporal da morte (BANDEIRA-DE-MELO; CUNHA, 2006; CHARMAZ, 2009). Nesse sentido, a pesquisa apresentou-se inovadora pelo conteúdo, pelo método e pelas criativas conexões entre ambos (TAROZZI, 2011).

À medida que construíam as suas análises do processo da morte, eles desenvolveram estratégias metodológicas sistemáticas que poderiam ser adotadas por cientistas sociais para o estudo de muitos outros temas, o que culminou com publicação do livro de Glaser e Strauss *The discovery of Grounded Theory*, em 1967. Nessa obra, os autores articularam e apresentaram suas estratégias metodológicas e defenderam o desenvolvimento de teorias a partir da pesquisa baseada em dados, em vez da dedução de hipóteses analisáveis a partir de teorias existentes (CHARMAZ, 2009). Tal método foi denominado de *Grounded Theory*: um processo contínuo e sistemático de coleta e análise para geração e verificação dos resultados.

Dessa forma, Glaser e Strauss desafiaram o paradigma positivista vigente na época, de acordo com o qual a pesquisa qualitativa era considerada uma evidência anedótica, assistemática e tendenciosa. A partir dos seus estudos, propuseram que a pesquisa qualitativa poderia ir

além de estudos descritivos e desenvolver explicações teóricas sobre o comportamento humano (HALL; GRIFFITHS; MCKENNA, 2013). Assim, conforme pontuam Hunter et al. (2011), o principal objetivo dos autores com a abordagem sistemática da TFD era mostrar que os resultados correspondiam exatamente ao que era questionado aos participantes do estudo.

Desde os seus estudos seminais de 1967, Glaser e Strauss passaram a considerar a teoria fundamentada em direções relativamente divergentes.

Glaser permaneceu coerente com sua exegese inicial do método e, dessa forma, definiu a teoria fundamentada como um método de descoberta, tratou as categorias como algo cujo surgimento ocorria a partir dos dados, baseando-se no empirismo objetivo e, muitas vezes, restrito, e analisou um processo social básico. Ele ainda coordena o *The Grounded Theory Institute*: <http://www.groundedtheory.com/> (BANDEIRA-DE-MELO; CUNHA, 2006).

Strauss deslocou o método para a verificação, sendo que seus trabalhos como coautor junto de Juliet M. Corbin promoveram esse direcionamento (CHARMAZ, 2009). Os trabalhos de Strauss e Corbin (1990, 1998) focalizam a aplicação da TFD, apresentando mais instrumentos para os pesquisadores utilizarem-na como método científico. Também acrescentam a ideia de que a geração da teoria ocorre a partir de uma relação colaborativa entre pesquisadores e participantes do estudo, criando as bases para a perspectiva construtivista do método. Vale destacar que a principal responsável por essas modificações foi Corbin, pois Strauss faleceu em 1996, antes de finalizar a segunda versão de seu livro (BANDEIRA-DE-MELO; CUNHA, 2006; HUNTER et al., 2011; HALL; GRIFFITHS; MCKENNA, 2013).

Seguindo essa linha evolutiva, os trabalhos de Charmaz (2000, 2006) apresentam a mais recente remodelação da abordagem da TFD. Destacam-se por neutralizar a tradicionalmente posição objetivista do pesquisador, por meio da construção de relações em profundidade com os participantes do estudo, o que representa um atrativo a mais para pesquisadores da área da saúde (HUNTER et al., 2011; HALL; GRIFFITHS; MCKENNA, 2013).

Para ilustrar as principais obras que marcam o desenvolvimento da *Grounded Theory* apresenta-se, a seguir, a Figura 2.

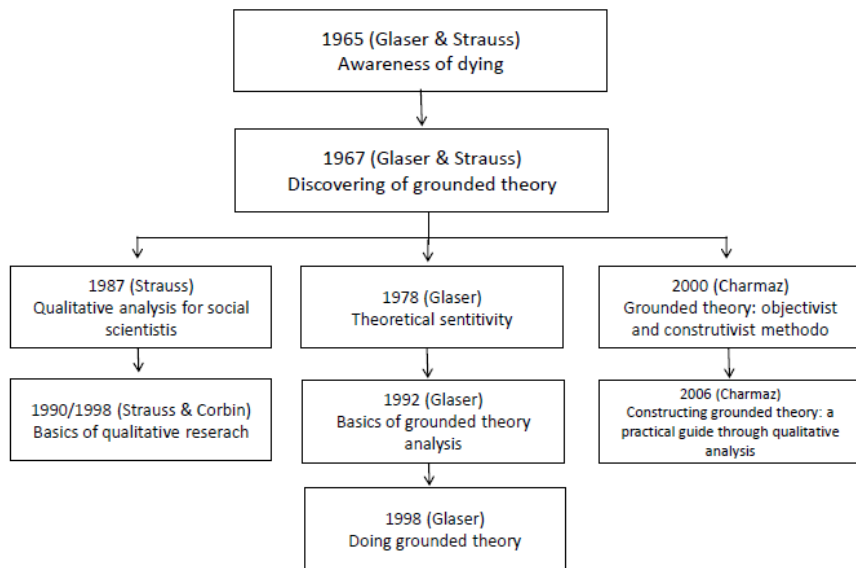


Figura 2 – Principais obras no desenvolvimento da *Grounded Theory*

Fonte: Adaptado de Bandeira-de-Melo e Cunha (2006).

A Figura 1 clarifica a existência de três correntes metodológicas da TFD: Clássica (também chamada de Glauseriana); Straussiana (denominada ainda como relativista ou subjetivista); e, Construtivista (LOMBORG; KIRKEVOLD, 2003; HUNTER *et al.*, 2011; HALL; GRIFFITHS; MCKENNA, 2013). O Quadro 4 indica as principais características dos três tipos de TFD.

	Clássica	Straussiana	Construtivista
Paradigma epistemológico	Positivismo	Pós-positivismo	Construtivismo
Identificação do problema de pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> • Emergente • Sem literatura inicial revisão 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiência • Pragmatismo • Literatura 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização de conceitos • Específicos de cada disciplina

Condução da investigação e desenvolvimento da teoria	<i>Laissez-faire</i>	Modelo paradigmático de verificação	Co-construção e reconstrução de dados em direção à teoria
Relação com participantes	Independente	Ativa	Co-construção
Codificação	<ul style="list-style-type: none"> • Codificação aberta • Codificação seletiva • Codificação teórica 	<ul style="list-style-type: none"> • Codificação aberta • Codificação axial • Codificação seletiva 	Codificação conceitual linha por linha e codificação focada, para sintetizar grandes quantidades de dados.
Avaliação da teoria	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicabilidade • Operacionalidade • Relevância • Modificabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Validade • Confiabilidade • Eficiência • Sensibilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Congruência e consistência da teoria em relação às dimensões contexto e cultura. • Interpretação reflexiva do pesquisador

Quadro 5 – Comparação entre os três tipos de TFD

Fonte: Adaptado de Lomborg; Kirkevold (2003), Hunter et al. (2011) e Hall; Griffiths; Mckenna (2013).

No presente estudo, adota-se a perspectiva construtivista da TFD, proposta por Charmaz (2009).

Na obra de Charmaz, a TFD assume múltiplas realidades, reconhece a mútua criação de conhecimentos – pelos sujeitos e pesquisadores – e focaliza-se na interpretação dos significados atribuídos às suas experiências. Enfatiza a compreensão em lugar da previsão, a realidade – tal como é percebida pelos sujeitos – em lugar da verdade absoluta (BANDEIRA-DE-MELO; CUNHA, 2006). A própria autora refere que aceitou o convite feito por Glaser e Strauss em sua obra original aos seus leitores em relação à utilização das estratégias da TFD de forma flexível, cada qual ao seu próprio modo, e volta “à ênfase anterior da teoria fundamenta, sobre a análise dos processos, ao tornar

central o estudo da ação e criar compreensões interpretativas abstratas dos dados” (CHARMAZ, 2009, p.24).

Destaca-se nessa abordagem o olhar para os processos interacionais para além do interacionismo simbólico, ancorando-se na lógica do pensamento complexo que inclui nesses processos as relações/interações/associações entre os sujeitos/atores inseridos em um contexto social dinâmico, complexo e plural. Nessa lógica, as relações múltiplas se interconectam e complementam visando a uma interpretação objetiva-subjetiva-intersubjetiva.

Considera-se que a TFD é o método adequado para o presente estudo, pois existe uma lacuna na produção científica sobre governança em enfermagem no Brasil que pode ser preenchida por uma visão original construída a partir dos significados e das experiências dos sujeitos envolvidos nesse processo no ambiente hospitalar. Além disso, na área da Enfermagem, como referem Dantas *et al.* (2009), a TFD é uma metodologia importante e consistente para a realização de pesquisas, pois possibilita o entendimento global e profundo do conhecimento da profissão. Além disso, mediante o rigor requerido para a construção de conhecimentos de abordagem qualitativa, ela representa um meio de gerar teorias a partir da prática, o que favorece o estudo de fenômenos ainda não devidamente compreendidos.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Universitário (HU) Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago teve suas obras iniciadas em 1964, no Campus Universitário da Trindade, mas somente se tornou realidade em 2 de maio de 1980, após intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades Federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração. Foi concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão e atende a comunidade local, do Estado de Santa Catarina, turistas e visitantes de Florianópolis, sem distinção.

O HU está estruturado em quatro áreas básicas: clínica médica, cirúrgica, pediatria e tocoginecologia, implantada com o Centro Obstétrico e as unidades de neonatologia em 1995. Também é referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades. Outra característica importante do HU é o seu

atendimento de Emergência, que funciona interruptamente atendendo adultos e crianças em áreas separadas, em números crescentes e que atingem cerca de 400 pacientes/dia.

Com 26.158,12 m² de área construída e 268 leitos, o HU disponibiliza aos seus pacientes tratamentos clínicos e cirúrgicos, Obstetrícia/Alojamento conjunto, berçário, pediatria, Unidade de Terapia Intensiva para adultos e neonatal, Emergências adulto e pediátrica, Ginecologia e um Centro de Tratamento Dialítico. Em relação ao quantitativo de pessoal, o HU conta com um efetivo de 1.279 funcionários, que atuam buscando a excelência do atendimento.

A gestão do HU está organizada e estruturada em cinco diretorias: Direção Geral, Direção Administrativa, Direção de Apoio Assistencial, Direção de Medicina e Direção de Enfermagem, conforme o organograma apresentado no ANEXO A.

A Direção de Enfermagem do HU/UFSC, órgão ao qual os participantes deste estudo estão alocados, tem finalidade diretiva e organizativa, visando gerir assistência de enfermagem de excelência, produzir conhecimento, formar e atualizar recursos humanos, utilizando os princípios científicos, humanísticos, éticos, valorizando o ser humano em sua multidimensionalidade, otimizando as relações interpessoais, bem como contemplando os princípios e a organização do Sistema Único de Saúde. Conta, em seu corpo funcional, com 655 trabalhadores⁵: 162 enfermeiros, 323 técnicos de enfermagem, 144 auxiliares de enfermagem, 10 auxiliares de saúde, nove assistentes administrativos e sete instrumentadores cirúrgicos.

A Direção de Enfermagem conta com três órgãos assessores: Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem – CEPEN, Comissão Permanente de Materiais de Assistência – CPMA e Comissão de Ética em Enfermagem – CEEn; e, quatro instâncias executivas: Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório, Divisão de Enfermagem Médica, Divisão de Enfermagem Cirúrgica e Divisão de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. O organograma da Direção de Enfermagem pode ser consultado no ANEXO B.

Cada Divisão de Enfermagem abrange Serviços de Enfermagem afins, que estão apresentados no Quadro 6. A Direção e Chefias de Enfermagem serão escolhidas por eleição direta, de acordo com o regimento eleitoral específico, legitimado em Assembleias Setoriais e aprovado pela Assembleia Geral da Enfermagem.

⁵ Informações obtidas junto à instituição em 24 de outubro de 2012.

DIVISÃO	SERVIÇO DE ENFERMAGEM
Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviço de Enfermagem em Ambulatório 2. Serviço de Enfermagem de Emergência Adulto 3. Núcleo de Enfermagem em Emergência Pediátrica
Divisão de Enfermagem Médica	<ol style="list-style-type: none"> 4. Serviço de Enfermagem do Centro de Terapia Intensiva 5. Serviço de Enfermagem em Centro de Tratamento Dialítico 6. Serviço de Enfermagem em Clínica Médica I 7. Serviço de Enfermagem em Clínica Médica II 8. Serviço de Enfermagem em Clínica Médica III
Divisão de Enfermagem Cirúrgica	<ol style="list-style-type: none"> 9. Serviço de Enfermagem em Clínica Cirúrgica I 10. Serviço de Enfermagem em Clínica Cirúrgica II 11. Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico 12. Serviço de Enfermagem em Centro de Esterilização
Divisão de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente	<ol style="list-style-type: none"> 13. Serviço de Enfermagem da Clínica Pediátrica 14. Serviço de Enfermagem da Clínica Neonatológica 15. Serviço de Enfermagem da Clínica Ginecológica e Emergência e Obstétrica 16. Serviço de Enfermagem da Clínica Obstétrica 17. Serviço de Enfermagem em Centro Obstétrico

Quadro 6 – Divisões da Diretoria de Enfermagem do HU/UFSC e seus respectivos Serviços

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados compreendeu o período de novembro de 2012 a novembro de 2013. Inicialmente, realizou-se contato prévio com as chefias dos serviços de enfermagem para apresentação do projeto de pesquisa e as técnicas de coleta de dados que seriam utilizadas. Após essa autorização inicial, iniciou-se a abordagem dos enfermeiros para que eles participassem do estudo.

Os dados foram coletados pelo Doutorando com auxílio de uma equipe de pesquisa composta por um Doutorando e quatro acadêmicos de enfermagem, sendo duas bolsistas de iniciação científica. Todos

foram previamente capacitados para participar dessa etapa do estudo e integravam o projeto principal ao qual esta pesquisa está vinculada e/ou um dos dois subprojetos que foram desenvolvidos paralelamente: “Governança dos enfermeiros sobre a gerência do cuidado no serviço de emergência de um hospital universitário” e “Governança da prática de enfermagem no centro obstétrico de um hospital universitário”.

A seguir, apresentam-se as especificidades da coleta e análise dos dados quantitativos e qualitativos.

3.3.1 Estudo quantitativo

A população elegível para o estudo foi de 162 enfermeiros vinculados à Direção de Enfermagem do HU. Os critérios de inclusão foram: exercício de atividades assistenciais e tempo de experiência igual ou maior a três meses no atual local de trabalho. Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que estavam ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza. O período de três meses foi definido com base em estudos anteriores que utilizaram o mesmo instrumento e adotaram como critério de inclusão possuir um período de experiência na unidade igual ou superior a três meses (GASPARINO 2008; GASPARINO GUIRARDELLO, 2009; GASPARINO, GUIRARDELLO, AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013).

Não foram incluídos no estudo 30 enfermeiros: doze porque exerciam cargos gerenciais ou atuavam nos órgãos de assessoria da Direção de Enfermagem; dois por não desempenharem atividades assistenciais nos seus setores de atuação; sete com menos de três meses de atuação no atual local de trabalho; e, nove em férias ou licença para tratamento saúde. Dentre os 132 enfermeiros que atenderam os critérios de inclusão, nove negaram-se a participar da pesquisa e 17 não devolveram os instrumentos. Ao considerar os sujeitos aptos a participar do estudo, tem-se, portanto, 26 (19,7%) perdas e 106 (80,3%) de representatividade para a pesquisa, que corresponde a população acessada.

Para a coleta de dados foi organizado um questionário composto por dois instrumentos autorrespondidos: ficha de caracterização pessoal, profissional e do ambiente de trabalho (APÊNDICE B) e versão brasileira do *Nursing Work Index – Revised* (NWI-R) (ANEXO C).

A ficha de caracterização pessoal, profissional e do ambiente de trabalho foi adaptada de Gasparino (2008) e Pununto (2012) e aborda:

- Características pessoais: idade, sexo e estado civil;
- Características profissionais: ano de conclusão do curso, formação profissional, tempo de experiência na profissão, turno de trabalho, tempo de trabalho na unidade e na instituição, carga horária semanal e existência de outro vínculo empregatício;
- Características do ambiente de trabalho: número médio de pacientes sob sua responsabilidade num plantão e percepções sobre a satisfação com o atual trabalho e sobre a qualidade do cuidado percebida.
- Intenção em deixar o emprego, avaliada a partir de uma escala analógica visual com os limites extremos: nenhuma intenção (zero) e muita intenção (dez) de deixar o emprego no próximo ano.

O NWI-R tem por objetivo mensurar a presença de características do ambiente de trabalho que contribuem para a prática profissional do enfermeiro e foi traduzido, adaptado e validado para uso no contexto brasileiro (GASPARINO 2008; GASPARINO GUIARDELLO, 2009; GASPARINO, GUIARDELLO, AIKEN, 2011). Foi desenvolvido pelas pesquisadoras norte-americanas Linda H. Aiken⁶ e Patricia A. Patrician⁷ (AIKEN, PATRICIAN, 2000), e tem sido amplamente utilizado para estudos no âmbito da Administração em Enfermagem, com boa confiabilidade nos Estados Unidos, no Canadá e em países europeus (SLATER *et al.*, 2010; MEULEMANS, VAN DE HEYNING, 2009). Recentemente, também foi traduzido e validado para o chinês (ZHAO *et al.*, 2013) e espanhol (GALLEGO; CASBAS; MARÍA, 2013).

No NWI-R constam 57 itens, dos quais 15 foram selecionados e distribuídos conceitualmente em três subescalas. Dentre os 15 itens, 10 foram agrupados e derivaram a quarta subescala: suporte organizacional, conforme exposto no Quadro 7:

⁶ Professora na *University of Pennsylvania School of Nursing* e Diretora do *Center for Health Outcomes and Policy Research, Pennsylvania*, Estados Unidos.

⁷ Professora na *University of Alabama at Birmingham School of Nursing, Alabama*, Estados Unidos.

Subescala	Definição	Itens	Alfa de Cronbach
Autonomia	Autoridade para tomar decisões centradas no paciente e liberdade para agir com a base no conhecimento profissional e no sistema de leis e direitos do contexto em que se está inserido (SKAR, 2010).	5 itens (4, 6, 17, 24 e 35)	0,86
Relação entre médicos e enfermeiros	Respeito profissional, comunicação efetiva e trabalho colaborativo no alcance de objetivos comum no que se refere ao cuidado ao paciente (AIKEN; PATRICIAN, 2000; SCHMALENBERG, KRAMER, 2009).	3 itens (2, 27, 39)	0,91
Controle sobre o ambiente	Liberdade do enfermeiro para resolução de problemas relacionados à assistência ao paciente e ao ambiente de prática profissional de enfermagem (AIKEN; PATRICIAN, 2000; KRAMER; SCHMALENBERG, 2003).	7 itens (1, 11, 12, 13, 16, 46 e 48)	0,87
Suporte organizacional	Suporte fornecido pela organização para que os enfermeiros desenvolvam o seu exercício profissional (AIKEN; PATRICIAN, 2000; GASPARINO, 2008).	10 itens (1, 2, 6, 11, 12, 13, 17, 24, 27 e 48)	0,82

Quadro 7 – Subescalas do NWI-R

Fonte: Adaptado de Panunto (2012)

Na validação da versão brasileira do NWI-R, as subescalas foram avaliadas pela validade critério-concorrente e construto-divergente. Para a análise da validade critério-concorrente, adotaram-se as variáveis satisfação no trabalho, intenção de deixar o emprego e percepção da qualidade do cuidado. A validade construto-divergente foi mensurada por meio da comparação com as subescalas do Inventário de Burnout de Maslach (IBM). Em ambas foram evidenciadas correlações significantes. A confiabilidade foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach e resultou em uma consistência interna

satisfatória para as quatro subescalas: autonomia ($\alpha=0,63$), controle sobre o ambiente ($\alpha=0,75$), relações entre médicos e enfermeiros ($\alpha=0,75$) e suporte organizacional ($\alpha=0,75$) (GASPARINO, GUIRARDELLO, AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013).

No presente estudo, também se obteve um alfa de Cronbach satisfatório para as quatro subescalas, conforme valores apresentados anteriormente no Quadro 6. Ressalta-se que valor do alfa de Cronbach pode variar de zero a um. Assim, quanto mais alto o valor, maior a consistência interna do instrumento, o que indica a homogeneidade da medida de um mesmo fenômeno (BISQUEIRA; SARRIELA; MARTINEZ, 2004; HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010). Usualmente, considera-se valores de alfa entre 0,80 e 0,90 como ideais. Valores acima de 0,90 podem indicar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens do instrumento estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo (STREINER, 2003). Valores abaixo de 0,7, entretanto, podem ser esperados devido à diversidade do que está sendo medido (FIELD, 2009).

É necessário esclarecer que o NWI-R foi utilizado por não existirem instrumentos específicos para mensurar a governança da prática profissional de enfermagem validados para uso no Brasil. Essa opção metodológica foi realizada a partir de evidências da literatura de que as subescalas do NWI-R contemplam aspectos diretamente relacionados ao processo de governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar (ANTHONY, 2004; BENNETT *et al.*, 2012; KLOPPER *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2013). Considera-se que a governança da prática profissional de enfermagem corresponde ao controle dos enfermeiros sobre a prática de enfermagem, bem como a autonomia deles para a participação na tomada de decisões relativas tanto à assistência ao paciente, quanto à gestão organizacional (BINA *et al.*, 2013).

A escala de medida utilizada no NWI-R é do tipo Likert, cuja pontuação varia entre um a quatro pontos. O participante é solicitado a responder se concorda ou não com a afirmativa “esse fator está presente no meu trabalho diário” com as opções: concordo totalmente (um ponto); concordo parcialmente (dois pontos); discordo parcialmente (três pontos) e discordo totalmente (quatro pontos), ou seja, quanto menor a pontuação, maior a presença de atributos favoráveis à prática profissional do enfermeiro. Consideram-se valores abaixo de 2,5 representando ambientes favoráveis à prática profissional e acima de 2,5 pontos ambientes desfavoráveis (AIKEN; PATRICIAN, 2000;

GASPARINO, 2008; GASPARINO, GUIRARDELLO, AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013).

Todos os dados coletados foram tabulados no programa Excel® 2013 e analisados com o auxílio de um profissional especializado no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 19.0.

Para descrever o perfil da amostra e do ambiente profissional, utilizou-se estatística descritiva com elaboração de tabelas de frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis categóricas e cálculo de medidas de posição e dispersão (média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis contínuas. Para a comparação entre grupos, foi utilizada a análise de variância (ANOVA) e o Teste de *Bonferroni* ou *Teste de Tukey*, devido à normalidade dos dados e a homogeneidade das variâncias. Os testes estatísticos foram considerados significativos quando $p\text{-valor} < 0,05$.

3.3.2 Estudo qualitativo

Nos estudos ancorados na metodologia da TFD, os processos de coleta e análise dos dados são realizados de maneira concomitante.

Duas técnicas foram utilizadas para a coleta de dados: vinheta e entrevista intensiva. A coleta de dados por meio de múltiplas fontes é incentivada em estudos que utilizam a TFD como uma estratégia para reconstruir de forma mais fidedigna a experiência dos sujeitos como representações de uma realidade objetiva (BANDEIRA-DE-MELO; CUNHA, 2006).

A vinheta consiste em uma descrição curta e compacta de uma situação, real ou fictícia, usada para chamar atenção, passar uma mensagem, produzir reflexões e detectar comportamento, atitude, opinião e conhecimento dos respondentes acerca do fenômeno investigado (POLIT; BECK, 2011). Pode ser composta de textos, imagens ou outras formas de estímulos alusivos a contextos reais aos quais os participantes da pesquisa são convidados a se posicionar. Como principal vantagem, a sua utilização possibilita uma menor probabilidade de obtenção de respostas socialmente esperadas, uma vez que o sujeito do estudo responde a perguntas referentes a um contexto hipotético (HUGHES; HUBY, 2002; WILKS, 2004).

A vinheta começou a ser utilizada no âmbito da pesquisa a partir da década de 1950 com pesquisadores das ciências sociais. Na Enfermagem, os primeiros artigos utilizando-a como técnica de coleta de dados data dos anos 1980. Sendo que a sua utilização tem crescido

dessa década em diante, especialmente entre pesquisadores dos Estados Unidos e do Reino Unido. Com relação aos estudos nacionais, um levantamento bibliográfico na plataforma MEDLINE (1966-2000) realizado por Galante *et al.* (2003) constatou que não havia registro de nenhum artigo indexado produzido por enfermeiros brasileiros que descrevesse a utilização dessa técnica de coleta de dados até então.

Entre as vantagens da utilização das vinhetas na pesquisa científica, destacam-se a despersonalização das respostas dos participantes e redução de respostas socialmente desejáveis. Isso acontece porque as vinhetas possibilitam aos participantes assumir o papel de um personagem em uma situação hipotética, em vez de responder exclusivamente a partir de um ponto de vista pessoal. Tornam, portanto, mais fácil para os participantes expressarem-se livremente sobre questões complexas (YANEZ GALLARDO; AHUMADA ALVARADO; RIVAS AGUAYO, 2012).

Nesse sentido, optou-se pelo uso da vinheta não só por considerá-la adequada no processo de elucidação da problemática em voga, mas também no intuito de divulgá-la entre os colegas pesquisadores da Enfermagem. Assim, a partir da literatura pertinente e experiência dos pesquisadores com estudos relacionados à gestão de enfermagem no contexto hospitalar, foram elaboradas quatro vinhetas em formato de texto, com situações fictícias, que exigiam posicionamento e tomada de decisão de enfermeiros em relação a demandas de pacientes e ações da equipe de saúde/enfermagem no ambiente hospitalar (APÊNDICE C). Como o foco principal do estudo foram os enfermeiros, optou-se por utilizar as vinhetas na coleta de dados somente com o primeiro e segundo grupos amostrais, que serão apresentados a seguir. Foram utilizadas uma ou duas vinhetas com cada participante. As vinhetas 1 e 2 foram utilizadas preferencialmente com os enfermeiros assistenciais e as vinhetas 3 e 4 com os enfermeiros gestores.

Após a aplicação da vinheta, procedeu-se à realização das entrevistas intensivas. Esse tipo de entrevista é considerado vantajoso para coleta de dados nas pesquisas qualitativas há muito tempo. Na TFD, em especial, a entrevista intensiva possibilita “um exame detalhado de determinado tópico ou experiência e, desta forma, representa um método útil para a investigação interpretativa” (CHARMAZ, 2009, p. 46).

Além disso, as entrevistas intensivas também permitem ao pesquisador ir além das aparências das experiências descritas; interromper para explorar um determinado tópico; solicitar mais

detalhes ou explicações; questionar o participante sobre suas ideias, sentimentos e ações; voltar a um ponto anterior; reformular uma ideia emitida pelo entrevistado para checar a sua exatidão; alterar a ordem dos questionamentos; e, utilizar as habilidades sociais e de observação para promover a discussão a partir dos questionamentos realizados (CHARMAZ, 2009, p. 46).

Para a realização das entrevistas, foi organizado um roteiro (APÊNDICE D), em que foram coletados primeiramente informações para a caracterização socioprofissional dos participantes do estudo e, na sequência, questões para explorar as experiências dos enfermeiros em relação ao gerenciamento da unidade hospitalar, do processo de cuidar, da equipe de enfermagem e ao processo de gestão de enfermagem da organização hospitalar. Também foram realizados questionamentos sobre os significados atribuídos por eles para governança e as estratégias utilizadas para exercê-la sobre a prática profissional de enfermagem. Cabe pontuar que, em algumas entrevistas, o termo governança souu estranho para os enfermeiros. Diante dessas situações, buscava-se relacioná-lo à tomada de decisão e/ou controle sobre a prática profissional. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas sem maiores dificuldades, pois práticas de governança estão presentes no contexto de trabalho dos enfermeiros.

A definição dos participantes do estudo foi realizada com base no conceito de amostragem teórica, que é um dos principais pressupostos norteadores da TFD. A amostragem teórica é o processo de coleta de dados com o objetivo de procurar lugares, pessoas ou acontecimentos que potencializem a descoberta de variações entre conceitos e o adensamento das categorias, suas propriedades e dimensões, conforme as necessidades de informações que surgem ao longo da pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2002).

Tarozzi (2011) acrescenta que na TFD a amostra não se forma a priori, mas no decorrer do estudo, seguindo as lacunas da teoria emergente, coletando dados de sujeitos e contextos que apresentam características sobre as quais a teoria emergente ainda é fraca até “saturar” as categorias. Dessa forma, os participantes da pesquisa foram elencados a partir da realização do estudo por meio da composição de grupos amostrais com indivíduos que tenham experiências relevantes em relação ao fenômeno em investigação.

Para a amostragem teórica, foram constituídos três grupos amostrais, perfazendo um total de 63 participantes. Para a composição dos grupos amostrais, foi utilizada a estratégia de amostragem de rede, também conhecida como “bola de neve”, a partir da qual se solicita aos

primeiros informantes que indiquem outros participantes para o estudo com características semelhantes (POLIT; BECK, 2011).

O primeiro grupo amostral foi constituído por 32 enfermeiros assistenciais (P1-P32) com representantes das quatro divisões nas quais o serviço de enfermagem está estruturado na instituição:

- Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório: nove enfermeiros
- Divisão de Enfermagem Médica: oito enfermeiros
- Divisão de Enfermagem Cirúrgica: seis enfermeiros
- Divisão de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente: nove enfermeiros

Foram considerados como critérios de inclusão a concordância e disponibilidade em participar da pesquisa e uma experiência mínima de seis meses de trabalho na instituição. A definição desse período de tempo foi estabelecida com base na crença de que seis meses é um tempo mínimo necessário à adaptação do profissional às rotinas do setor e à equipe de trabalho, podendo, desse modo, contribuir de forma mais efetiva com a investigação. O perfil sócio profissional dos enfermeiros do primeiro grupo amostral está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil socioprofissional dos enfermeiros do primeiro grupo amostral (n=32). Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

Variáveis		n	%	Média (DP)	Mediana	Variação
Idade (anos)				35,88 (10,53)	31	23-57
Sexo	Feminino	29	90,6			
Estado civil	Casado	16	50			
	Solteiro	12	37,5			
	Separado	2	6,2			
	Viúvo	1	3,1			
	Outros	1	3,1			
Turno de trabalho	Manhã	11	34,4			
	Tarde	8	25,0			
	Noite	9	28,1			

	Outros	4	12,5		
Experiência profissional (anos)			11,95 (10,58)	8,5	0,67-33
Experiência na instituição (anos)			10,24(9,69)	5,75	0,67-32
Experiência no setor (anos)			6,76 (7,66)	2,58	0,67-30
Formação	Especialização (lato sensu)	18	56,2		
	Mestrado	7	21,9		
	Doutorado	4	12,5		
	Graduação	3	9,4		
Carga horária semanal (horas)			34,28 (10,49)	30	30-60
Outro vínculo empregatício	Não	28	87,4		

A partir da coleta de dados com os enfermeiros assistenciais, evidenciou-se a hipótese de que a governança da prática profissional é um processo intrinsecamente relacionado à atuação dos enfermeiros gestores e às relações sociais profissionais com a equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe de saúde. Assim, para buscar dados que corroborassem e/ou redirecionassem tal hipótese foram compostos os outros dois grupos amostrais.

O segundo grupo amostral foi constituído por 13 enfermeiros gestores da instituição (P33-P45). Da mesma forma como na composição do primeiro grupo amostral, foram incluídos representantes das quatro Divisões de Enfermagem da instituição. O objetivo das entrevistas com esse grupo amostral foi explorar aspectos relacionados ao exercício gerencial de enfermagem, processo de tomada de decisão sobre a prática profissional de enfermagem, processo interativo com os enfermeiros assistenciais e suporte organizacional para a governança da prática profissional de enfermagem. O perfil socioprofissional dos enfermeiros do segundo grupo amostral está apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Perfil sócio profissional dos enfermeiros do segundo grupo amostral (n=32). Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

Variáveis		n	%	Média (DP)	Mediana	Variação
Idade (anos)				35,88 (10,53)	31	23-57
Sexo	Feminino	13	100			
Estado civil	Casado	7	53,9			
	Solteiro	3	23,1			
	Outros	2	15,4			
	Separado	1	7,7			
Turno de trabalho	Manhã e Tarde	7	53,8			
	Tarde	4	30,8			
	Tarde	2	15,4			
Experiência profissional (anos)				15,92 (9,79)	12	3-29
Experiência na instituição (anos)				14,15(9,10)	11	2-29
Experiência no cargo (anos)				4,07 (5,93)	2	0,33-20
Formação	Mestrado	7	53,8			
	Especialização (lato sensu)	5	38,5			
	Doutorado	1	7,7			
Carga horária semanal (horas)				35,32 (11,39)	30	30-60
Outro vínculo empregatício	Não	10	76,9			

O terceiro grupo amostral foi constituído por 18 profissionais da equipe de saúde (P46-P63), sendo nove técnicos ou auxiliares de enfermagem, cinco médicos, dois psicólogos, um nutricionista e um fonoaudiólogo. O foco principal das entrevistas com esse grupo amostral foi conhecer como a equipe de saúde visualizava a atuação do enfermeiro no ambiente hospitalar e o processo de governança da prática profissional de enfermagem. Entre os profissionais que compuseram esse grupo, 14 (77,7%) eram do sexo feminino, oito

(44,4%) casados, com média de idade de 37,7 anos (mín=24; máx=52) e com tempo de trabalho na instituição entre quatro meses e 19 anos. Cabe esclarecer que alguns dos participantes eram estudantes dos programas de residência médica ou multiprofissional do Hospital.

Ao final da coleta de dados com o terceiro grupo amostral, julgou-se que saturação teórica dos dados foi alcançada, não sendo necessária a busca de novas informações para sustentar o fenômeno encontrado. É mister salientar o empenho e a disponibilidade da maioria dos participantes em contribuir prontamente com a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada individualmente no local de trabalho ou em outro ambiente escolhido pelos participantes da pesquisa. Foram gravadas em um dispositivo eletrônico de áudio e tiveram duração variável entre 10min e 1h5min conforme as circunstâncias em que se encontravam os depoentes e o assunto em discussão. As gravações obtidas foram armazenadas em CD e transcritas na íntegra utilizando o *Microsoft Office Word*® e inseridas no software NVIVO® 10, onde foi realizado o processo de codificação e organização dos dados.

À medida que os dados eram coletados, procedeu-se à análise dos mesmos, pois na TFD, a análise ocorre concomitante à coleta de dados. Os dados obtidos por meio das vinhetas e das entrevistas foram analisados conjuntamente.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas principais: 1) uma fase inicial com codificação de cada segmento de dado (palavra por palavra/linha a linha/incidente por incidente), seguido por 2) uma fase seletiva e focalizada que utiliza códigos iniciais mais significativos ou frequentes para classificar, integrar, sintetizar e organizar os dados em eixos de análise ou categorias e subcategorias (CHARMAZ, 2009).

A fase de codificação inicial corresponde à codificação aberta (STRAUSS; CORBIN, 2008) e requer um trabalho atento e minucioso com os dados. Nesta etapa, codificou-se cada incidente em quantos códigos foram possíveis, a partir da análise linha a linha das entrevistas, buscando compreender os dados a partir dos significados e das experiências dos participantes da pesquisa (CHARMAZ, 2009). Alguns dos questionamentos utilizados para examinar cada entrevista foram: o que é isso? O que representa? O que está acontecendo aqui? Com base nessas respostas, as primeiras dimensões e propriedades da experiência são extraídas (STRAUSS; CORBIN, 2002; PETTENGILL; RIBEIRO, 2006; PRADO *et al.*, 2008).

Na fase seletiva e focalizada, os códigos mais significativos e/ou frequentes foram reagrupados por suas similaridades e diferenças

conceituais, formando categorias nomeadas provisoriamente com nomes mais abstratos que sintetizavam e explicavam um segmento maior de dados. Ao comparar dados com dados, códigos com códigos, desenvolveram-se códigos focais com ideias e processos centrais emergentes dos dados, correspondendo às categorias conceituais. A partir das conexões teóricas entre as categorias, chaga-se à teoria emergente ou fenômeno emergente (CHARMAZ, 2009).

Esse processo analítico é marcado por um movimento indutivo-dedutivo, que demanda grande reflexão e sensibilidade teórica do pesquisador (STRAUSS; CORBIN, 2002; PETTENGILL; RIBEIRO, 2006; PRADO *et al.* 2008). De acordo com Charmaz (2009), o alcance da sensibilidade teórica requer a observação da vida estudada a partir das múltiplas perspectivas privilegiadas, realização de comparação e a exploração de novas ideias. Para aprimorar a sensibilidade teórica, adota-se o gerúndio nos processos de codificação, como forma de induzir a reflexão sobre a ação e ilustrar o movimento do fenômeno em estudo.

Durante a fase de análise dos dados, uma etapa intermediária fundamental é a redação de memorandos e elaboração de diagramas. Os memorandos são anotações analíticas informais que contribuem para elevar o nível de abstração das categorias. Já os diagramas são representações gráficas que desenham as relações dos conceitos e demonstram a densidade e complexidade da teoria. Também ajudam a refletir sobre os dados e articular códigos, conceitos e categorias (CHARMAZ, 2009).

A seguir, apresenta-se um exemplo de memorando (Figura 3) e diagrama (Figura 4).

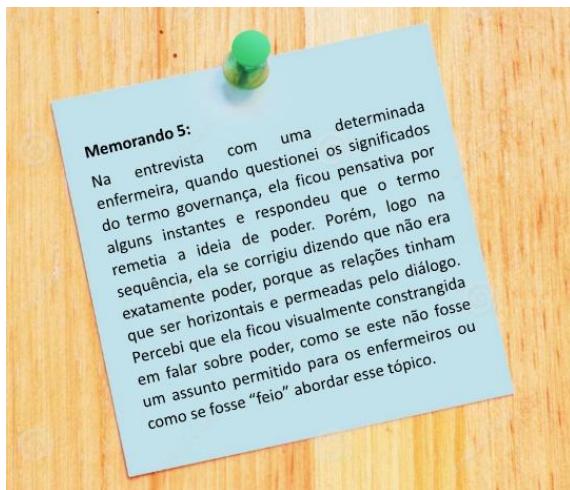


Figura 3 – Exemplo de Memorando

Fonte: Elaborado pelo autor.

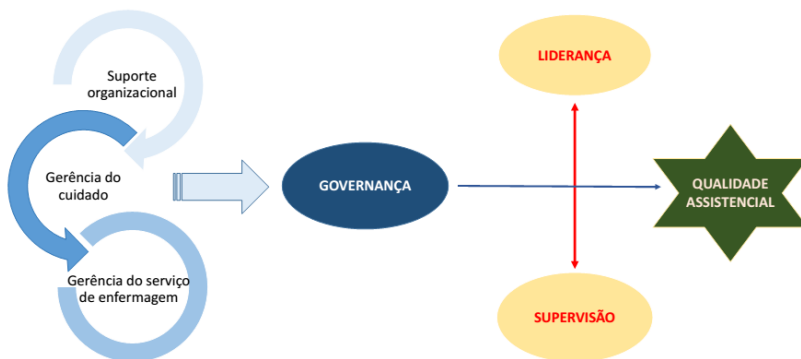


Figura 4 – Exemplo de Diagrama

Fonte: Elaborado pelo autor.

O processo de organização e categorização dos dados foi realizado no software NVIVO®, versão 10. A primeira versão do software NVIVO® foi desenvolvida em 1981 pela *Qualitative Solutions and Research Pty Ltd*, a atual *QSR International*. Desde então, uma

série de novas funcionalidades têm sido incorporada, tornando o software um mais utilizados no ambiente acadêmico mundial. Entre as atualizações mais atuais do NVIVO®, destacam-se a possibilidade de trabalhar não só com dados textuais (formato Microsoft Word ou arquivos de texto), mas também com arquivos em formato de fotos, vídeos, som e pdf; realizar download do relatório das codificações em formato Word; consultar frequência de palavras; e, construir *links* entre as informações coletadas, menus e mapas conceituais.

O NVIVO® trabalha com o conceito de projeto. As fontes de informação do projeto, assim como os dados gerados durante o processo de análise, como categorias de informações, são armazenadas em um banco de dados que pode ser salvo e armazenado em meios de transporte, como pen-drive e CD ou, ainda, enviado por e-mail. As principais estruturas de um projeto são os *Nodes* ou nós, que podem ser do tipo *Free Node* (um nó isolado sem relação hierárquica) ou *Tree Node* (uma árvore de nós com relação hierárquica). Cada nó corresponde a fragmentos de textos de informações codificadas, formando categorias de informação (BRINGER; JOHNSTON; BRACKNRIDGE, 2006, LAGE, 2011).

Quando essas categorias têm subcategorias, é utilizada uma estrutura de árvore de nós, conforme ilustra a Figura 5. A Figura 6 apresenta fragmentos do conteúdo de um dos nós gerados no processo de codificação de dados. Na Figura 7, ilustra-se um fragmento da lista das *Tree Nodes* do projeto, com a representação “nuvem de palavras” a partir da consulta de frequência de palavras de todo o projeto.

Nome	Fontes	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
APRENDIZAGEM GERAL	19	0	19/11/2013 18:39	JL	19/12/2013 17:10	JL
Aprendendo e praticando ao longo da trajetória profissional	19	23	20/10/2013 16:54	JL	19/12/2013 17:09	JL
Destacando a necessidade de uma capacitação sobre pe	9	10	10/11/2013 16:36	JL	19/12/2013 17:11	JL
Escolhendo exemplos profissionais para seguir e inspira	12	12	20/10/2013 17:32	JL	19/12/2013 17:52	JL
AUTONOMA	0	0	19/10/2013 20:39	JL	19/12/2013 16:42	K
Considerando o conhecimento como diferencial para a au	16	19	19/10/2013 23:33	JL	19/12/2013 17:19	JL
Destacando a qualificação profissional e autonomia difere	16	20	19/10/2013 23:35	JL	19/12/2013 17:19	JL
Tendo autonomia de enfermeira	8	9	20/10/2013 16:24	JL	19/12/2013 16:53	JL
Tendo maior autonomia como enfermeiro assistencial	13	16	20/10/2013 17:07	JL	19/12/2013 17:12	JL
CARGO DE CHEFIA	0	0	19/10/2013 21:29	JL	19/12/2013 17:10	JL
Assumindo o cargo gerencial por influência dos colegas o	12	14	19/10/2013 21:22	JL	19/12/2013 17:13	JL
Considerando o exercício gerencial uma fonte de novos a	16	17	19/10/2013 23:13	JL	19/12/2013 17:19	JL
Fazendo a articulação entre os enfermeiros assistenciais	16	21	14/11/2013 21:12	JL	19/12/2013 17:19	JL
Percebendo que o ônus é maior do que o bônus	18	22	14/11/2013 20:31	JL	19/12/2013 17:19	JL
Gratificação é pouca e incomodação é muita	12	16	19/10/2013 23:57	JL	19/12/2013 17:19	JL
COMUNICAÇÃO E TROCA DE INFORMAÇÕES	0	0	21/10/2013 2:07	JL	19/12/2013 17:10	JL
CONTROLE	0	0	19/10/2013 20:39	JL	19/12/2013 16:42	K
GERÊNCIA DO CUIDADO	0	0	20/10/2013 17:10	JL	19/12/2013 17:10	JL
LIDERANÇA	0	0	19/10/2013 21:27	JL	19/12/2013 17:10	JL
QUALIDADE ASSISTENCIAL	1	1	21/10/2013 1:10	JL	19/12/2013 17:10	JL
RELAÇÕES E INTERAÇÕES	0	0	15/11/2013 20:10	JL	19/12/2013 17:10	JL
SUPERVISÃO	0	0	20/10/2013 1:09	JL	19/12/2013 17:10	JL

Figura 5 – Fragmento da lista das Tree Nodes do projeto no N-VIVO, com três dos nós abertos

Fonte: Pesquisa de campo/NVIVO®

Considerando o conhecimento

[Referência: Enfermeiros assistenciais/Clinica Cirurgica/ES - 1] referência codificada [1.98% Cobertura]

Referência 1 - 1.98% Cobertura

estão ate mesmo com a equipe de enfermagem, com a equipe médica, com a equipe nutrição, essa questão de conversar e argumentar o porque que você esta pedindo, o por que tem que ser assim né?! o conhecer, o fazer, então isso acaba refletindo nessa questão autoridade, ou acho que é isso.

[Referência: Enfermeiros assistenciais/Clinica Cirurgica/ES - 2] referências codificadas [3.44% Cobertura]

Referência 1 - 2.56% Cobertura

O conhecimento, o conhecimento é fundamental assim, o enfermeiro que ele esta na prat muito tempo sem estudar, sem se atualizar é realmente o enfermeiro passivo, aquele c escuta e fica quieto porque ele não sabe se vai argumentar certo ou não. Agora aquele c esta sempre buscando conhecimento né?! e sabe dos seus direitos e deveres né?! conhe também conhece os direitos e deveres do outro profissional né?! que sabe o limite d

Figura 6 – Fragmentos do conteúdo de um dos nós gerados no processo de codificação de dados

Fonte: Pesquisa de campo/NVIVO®

GEPADES com experiência em estudos relacionados à gestão de enfermagem e/ou na utilização do método.

Durante o processo de validação, os participantes destacaram a coerência do modelo esquemático e das categorias. Os enfermeiros que participaram do estudo referiram que era possível visualizar o seu contexto de trabalho nas categorias apresentadas. Os Mestrandos e Doutorandos teceram importantes sugestões para aprimorar a redação e organização das subcategorias, as quais foram incorporadas para a finalização do modelo interpretativo.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para atender aos aspectos éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução no. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, mediante parecer nº 144.436 e CAAE: 09885612.1.0000.0121 (ANEXO D). Todos os integrantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia propostos, bem como tiveram assegurado seu direito de acesso aos dados. O consentimento livre e esclarecido por escrito foi solicitado, garantindo a confidencialidade da identidade dos participantes e das informações colhidas (APÊNDICE E). Da mesma forma, foi garantida a eles a liberdade de participar, como também deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, caso entendesse que isso seria melhor para si.

As gravações das entrevistas foram eliminadas depois de transcritas, sendo que as transcrições dos depoimentos ficarão de posse dos pesquisadores por cinco anos e depois destruídos. O anonimato dos participantes do estudo foi preservado por meio da adoção de códigos para identificação dos seus depoimentos por meio da letra “P”, correspondente a Participante, associada a um número (P1, P2,...,P63).

Quanto aos riscos e benefícios do estudo, esta pesquisa não envolveu riscos de natureza física ou psicológica, nem acarretou implicações institucionais aos participantes. Os benefícios do estudo são visualizados no sentido de contribuir com a visibilidade da profissão e a própria atuação dos enfermeiros na gestão de enfermagem e governança sobre a prática de enfermagem no ambiente hospitalar.

Para finalizar a descrição dos aspectos metodológicos do estudo, apresenta-se Quadro 8 com uma síntese dos mesmos.

DESENHO DO ESTUDO	PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS COM TRIANGULAÇÃO CONCOMITANTE DE DADOS	
	QUANTITATIVO	QUALITATIVO
	Estudo com delineamento transversal	Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), perspectiva construtivista
CENÁRIO	Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.	
PARTICIPANTES	106 enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • 63 participantes • Três grupos amostrais
COLETA DE DADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de caracterização pessoal, profissional e do ambiente de trabalho • Versão brasileira do <i>Nursing Work Index – Revised</i> (NWI-R) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinhetas • Entrevistas intensivas
ANÁLISE DE DADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Estatística descritiva • Análise de variância • Análise bivariada • SPSS, versão 19 	<ul style="list-style-type: none"> • Codificação inicial • Codificação seletiva e focalizada • NVIVO®, versão 10
ASPECTOS ÉTICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Resolução no. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde • Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, parecer nº 144.436 e CAAE: 09885612.1.0000.0121 • Termo de Consentimento Livre e Esclarecido • Identificação dos depoimentos: P1, P2,...,P63 	

Quadro 8 – Síntese dos aspectos metodológicos do estudo

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados da pesquisa estão apresentados no formato de três artigos científicos, conforme estabelece a Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do PEN/UFSC, conforme exposto no Quadro 8 abaixo:

Título	Objetivo
Governança da prática de enfermagem no ambiente hospitalar: teoria fundamentada nos dados construtivista	Elaborar um modelo interpretativo a partir da compreensão dos significados atribuídos pelos enfermeiros sobre as suas experiências/vivências de governança da prática de enfermagem no ambiente hospitalar.
Avaliação do ambiente da prática profissional para a governança de enfermagem no contexto hospitalar	Avaliar o ambiente da prática profissional do enfermeiro e identificar variáveis associadas à governança de enfermagem no contexto hospitalar.
Características organizacionais da governança de enfermagem no ambiente hospitalar	1) Analisar as características organizacionais que influenciam a governança de enfermagem no ambiente hospitalar; e, 2) Compreender como as ações e os significados dos enfermeiros em relação à governança de enfermagem são moldados por essas características.

Quadro 9 – Artigos científicos elaborados a partir dos resultados da Tese

No entanto, para que o leitor tenha conhecimento detalhado dos achados que originaram esses manuscritos, julgou-se pertinente também a apresentação descritiva dos resultados quantitativos e qualitativos produzidos a partir da pesquisa de métodos mistos com triangulação concomitante de dados.

4.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

A amostra foi composta por 106 enfermeiros que atuavam em diferentes setores hospitalares: 32 (30,2%) trabalhavam em Clínica Médica, 32 (30,2%) em Maternidade e Pediatria, 28 (26,4%) em Emergência e Ambulatório e 14 (13,2%) em Clínica Cirúrgica. As características pessoais, profissionais e do ambiente profissional dos participantes do estudo estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização pessoal, profissional e do ambiente de trabalho dos enfermeiros (n=106). Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

Variáveis		n	%	Média (DP)	Mediana	Variação
Idade (anos)	30 ou menos	29	27,4			
	31 a 40	33	31,1			
	41 a 50	32	30,2			
	51 ou mais	12	11,3			
Sexo	Feminino	98	92,5			
Estado civil	Casado	53	50,0			
	Solteiro	35	33,0			
	Separado	10	9,4			
	Viúvo	1	0,9			
	Outros	7	6,6			
Turno de trabalho	Manhã	33	31,1			
	Tarde	25	23,6			
	Noite	34	32,1			
	Outros	14	13,2			
Experiência profissional (anos)				13,66 (9,46)	12,5	0,58-35
Experiência na instituição (anos)				12(9,69)	10	0,58-33,42
Experiência no setor (anos)				7,8 (7,53)	4,38	0,25-33,17
Formação	Especialização (lato sensu)	49	46,2			
	Mestrado	41	38,7			
	Graduação	10	9,4			
	Doutorado	6	5,7			
Carga horária semanal (horas)				37,41 (11,80)	30	30-74
Outro vínculo empregatício	Não	89	84,0			
Relação enfermeiro/paciente				19,51	19	4-70

					(13,06)
Qualidade do cuidado	Boa	79	74,5		
	Muito boa	26	24,5		
	Ruim	1	0,9		
Satisfação no trabalho	Satisfeito	73	68,9		
	Muito satisfeito	10	9,4		
	Insatisfeito e muito insatisfeito	23	21,7		
Intenção de deixar o emprego (0-10)				2,04 (3,34)	0,8 0-10

Os enfermeiros participantes deste estudo formaram um grupo composto majoritariamente por adultos jovens e do sexo feminino. Destacam-se pela alta qualificação profissional, pois 96 (90,6%) eram pelo menos especialistas.

Quanto ao tempo de atuação profissional, identificou-se que as médias do tempo de experiência profissional e na instituição são superiores em relação ao período de atuação no setor. Isso sinaliza a existência de uma alta rotatividade dos enfermeiros entre os setores de trabalho e pode explicar o fato de não ter sido identificada uma associação significativa entre essa variável e a governança dos enfermeiros.

A maioria dos profissionais possui apenas um vínculo empregatício, com carga horária semanal média de 37,41 horas, e relatou satisfação com o trabalho atual.

Os enfermeiros relataram serem responsáveis, em média, por 19,51 pacientes. A variação obtida neste quesito pode ser explicada pela diversidade no perfil dos pacientes atendidos pelas unidades em que os dados foram coletados. Na Emergência, por exemplo, enfermeiros chegam a ser responsáveis por 70 pacientes em um turno de trabalho, enquanto na Unidade de Tratamento Dialítico são atendidos em média sete pacientes por turno de trabalho para a realização de hemodiálise.

As características do ambiente da prática profissional, segundo o NWI-R, foram avaliadas por meio das médias, do desvio-padrão, da mediana e da variação da pontuação dos sujeitos, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Características do ambiente da prática profissional de acordo com os setores hospitalares (n=106). Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

Subescalas/Setores	Média	Desvio Padrão	Mediana	Variação	
				Mínimo	Máximo
Autonomia					
Emergência e Ambulatório	1,90	0,44	2	1	2,8
Clínica Médica	2,15	0,58	2,2	1,2	3,4
Clínica Cirúrgica	2,24	0,38	2,3	1,4	2,8
Maternidade e Pediatria	2,08	0,52	2	1,2	3,2
Controle sobre o ambiente					
Emergência e Ambulatório	2,48	0,53	2,42	1,14	3,71
Clínica Médica	2,48	0,58	2,42	1,43	3,86
Clínica Cirúrgica	2,73	0,49	2,78	2	3,43
Maternidade e Pediatria	2,37	0,52	2,28	1,57	3,43
Relações entre médicos e enfermeiros					
Emergência e Ambulatório	2,06	0,54	2	1	3
Clínica Médica	1,99	0,61	2	1	3,67
Clínica Cirúrgica	2,67*	0,41	2,66	1,67	3,33
Maternidade e Pediatria	2,16	0,39	2	1,33	3
Suporte organizacional					
Emergência e Ambulatório	2,17	0,48	2,2	1	3
Clínica Médica	2,15	0,40	2,2	1,2	2,9
Clínica Cirúrgica	2,45	0,41	2,55	1,8	3
Maternidade e Pediatria	2,17	0,36	2,2	1,4	2,8
Total NWI-R					
Emergência e Ambulatório	2,15	0,50	2,16	1,04	3,13
Clínica Médica	2,19	0,54	2,21	1,21	3,46
Clínica Cirúrgica	2,52	0,42	2,57	1,72	3,14
Maternidade e Pediatria	2,20	0,45	2,12	1,38	3,11

ANOVA seguido de Teste de *Bonferroni*

* $p < 0,05$

Na Tabela 4, exceto para o setor da clínica cirúrgica, todas as pontuações estão abaixo do ponto médio 2,5, o que indica ambientes mais favoráveis do que desfavoráveis para a governança da prática de enfermagem. A relação entre médicos e enfermeiros na clínica cirúrgica em relação aos outros três setores hospitalares foi a única associação estatisticamente significativa identificada. No entanto, há diferenças evidentes entre as médias das subescalas dos quatro setores. Assim, pode-se interpretar que os enfermeiros da emergência e ambulatório possuem maior autonomia profissional, enfermeiros dos setores de maternidade e pediatria têm maior controle sobre o ambiente e as relações entre médicos e enfermeiros são melhores nas unidades de clínica médica, onde também é maior a percepção de suporte organizacional.

Quanto à relação entre as quatro subescalas do NWI-R da Tabela 2 e as variáveis apresentadas na Tabela 1, só foi identificada associação estatística com a variável Satisfação no trabalho, conforme descrito na Tabela 4. Dessa forma, enfermeiros com autonomia, controle sobre o ambiente, boas relações com os médicos e suporte organizacional sentem-se mais satisfeitos no trabalho, o que favorece a governança da prática de enfermagem.

Tabela 5 – Relação entre as subescalas do NWI-R e satisfação no trabalho (n=106). Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

	Satisfação no trabalho					
	Muito satisfeito		Satisfeito		Insatisfeito e muito insatisfeito	
Subescalas do NWI-R	Média	DP*	Média	DP	Média	DP
Autonomia	1,5**	0,5	2,11**	0,50	2,22**	0,4
Controle sobre o ambiente	2,02**	0,49	2,46**	0,51	2,74**	0,49
Relações entre médicos e enfermeiros	1,66**	0,49	2,17**	0,49	2,26**	0,46
Suporte organizacional	1,7**	0,41	2,21**	0,35	2,39**	0,39

ANOVA seguido de *Teste de Tukey*

* Desvio Padrão

** $p < 0,05$

Dos 106 enfermeiros que compuseram a amostra do estudo, 12 (11,3%) exerciam o cargo de chefia do serviço de enfermagem. Assim, a Tabela 6 mostra os resultados das subescalas do NWI-R para enfermeiros chefes de serviço e enfermeiros assistenciais.

Tabela 6 – Média, desvio-padrão, mediana e variação das subescalas do NWI-R entre enfermeiros chefes de serviço e assistenciais (n=106). Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

		Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Autonomia	Enfermeiro assistencial	2,09	0,51	2	1,00	3,40
	Chefe de serviço	1,93	0,45	2	1,20	2,60
	Total	2,07	0,50	2	1,00	3,40
Controle sobre o ambiente	Enfermeiro assistencial	2,46	0,54	2,42	1,14	3,86
	Chefe de serviço	2,59	0,54	2,64	1,57	3,43
	Total	2,48	0,54	2,42	1,14	3,86
Relações entre médicos e enfermeiros	Enfermeiro assistencial	2,16	0,54	2	1,00	3,67
	Chefe de serviço	2,02	0,54	2	1,33	2,67
	Total	2,14	0,54	2	1,00	3,67
Suporte organizacional	Enfermeiro assistencial	2,20	0,41	2,2	1,00	3,00
	Chefe de serviço	2,21	0,42	2,2	1,60	2,70
	Total	2,20	0,41	2,2	1,00	3,00
Total NWI-R	Enfermeiro assistencial	2,22	0,39	2,22	1,30	3,11
	Chefe de serviço	2,15	0,39	2,26	1,60	2,77
	Total	2,21	0,39	2,2	1,30	3,11

As características organizacionais que influenciam a governança de enfermagem no ambiente hospitalar foram analisadas a partir dos itens que integram o NWI-R e estão apresentadas na Tabela 7. Ressalta-se que valores abaixo de 2,5 representam atributos favoráveis e acima de 2,5 pontos atributos desfavoráveis.

Tabela 7 – Características organizacionais que influenciam a governança de enfermagem no ambiente hospitalar, de acordo com o NWI-R (n=106). Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

Características do ambiente profissional	MA*	DP**
Autonomia	2,07	0,50
(A) Uma equipe de supervisores que dá suporte aos enfermeiros	2,68	0,85
(B) A enfermagem tem controle sobre sua prática	1,94	0,61
(C) Liberdade para tomar decisões importantes no cuidado ao paciente e no trabalho	1,88	0,62
(D) Não ser colocado em uma posição de ter que realizar atribuições que são contra meus princípios	1,82	0,71
(E) O gerente de enfermagem dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico	1,98	0,86
Controle sobre o ambiente	2,48	0,54
(F) Serviço de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes	2,74	0,82
(G) Tempo e oportunidade suficientes para discutir, com outros enfermeiros, os problemas relacionados aos cuidados do paciente	2,64	0,87
(H) Equipe com número suficiente de enfermeiros para proporcionar aos pacientes um cuidado com qualidade	2,34	1,05
(I) O gerente de enfermagem é um bom administrador e líder	2,04	0,82
(J) A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo enfermeiro cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos)	2,28	0,90
(K) Equipe suficiente para realizar o trabalho	2,80	0,89
(L) Oportunidade de trabalhar em uma unidade altamente especializada	2,32	0,81
Relações entre médicos e enfermeiros	2,14	,54
(M) Os médicos e os enfermeiros possuem boas relações de trabalho	1,89	0,55
(N) Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas)	2,34	0,69
(O) Colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos	2,19	0,67
Suporte organizacional***	2,20	0,41
Total NWI-R	2,21	0,39

*MA = Média Aritmética, **DP = Desvio Padrão

***10 itens: B, C, D, F, G, H, I, J, O e M.

A subescala “Controle sobre o ambiente” apresentou a média mais elevada em relação às demais, sinalizando que este pode ser um ponto nevrálgico para a governança dos enfermeiros. Dos 15 itens, no entanto, apenas quatro (A, F, G e K) representam características organizacionais desfavoráveis, ou seja, pode-se considerar que o cenário investigado é favorável à governança da prática profissional de enfermagem. Os tópicos B, C, D, E e M, que obtiveram menores médias, são os atributos mais positivos para o exercício da governança pelos enfermeiros.

4.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

A partir do processo de codificação e categorização dos dados, construiu-se o fenômeno “**Exercendo a governança da prática profissional de enfermagem em um hospital universitário**”, fundamentado pela articulação de dez categorias e 33 subcategorias. As categorias foram elaboradas a partir dos dados e à luz dos pressupostos teóricos adotados neste estudo, ou seja, não foram pré-selecionadas, conforme estabelece a abordagem construtivista da TFD. As categorias com suas respectivas subcategorias estão apresentados no Quadro 9.

CATEGORIAS/SUBCATEGORIAS
Contornando as ambiguidades do suporte organizacional
1. Destacando as condições de trabalho da instituição
2. Destacando a importância do apoio e da assessoria da Direção de Enfermagem
3. Enfrentando as dificuldades da gestão de pessoas nos serviços públicos
4. Defrontando-se com a burocracia e morosidade dos serviço de apoio
Gerenciando os serviços de enfermagem
5. Assumindo o cargo gerencial por influência dos colegas e/ou superiores
6. Considerando o exercício gerencial uma oportunidade para novos aprendizados
7. Percebendo que o ônus é maior do que o bônus
8. Fazendo a articulação entre os enfermeiros assistenciais e a Direção de Enfermagem
Gerenciando o cuidado de enfermagem
9. Estabelecendo e mantendo o controle sobre o ambiente de cuidado
10. Ocupando uma posição central no contexto da organização e realização do cuidado
11. Realizando ações que extrapolam a alçada profissional da enfermagem
Desenvolvendo conhecimentos e aptidões gerenciais
12. Aprendendo a gerenciar ao longo da trajetória profissional

13. Escolhendo exemplos profissionais para seguir e inspirar-se
14. Destacando a necessidade de uma capacitação sobre gerenciamento de enfermagem
Tomando decisões e repassando deliberações
15. Realizando reuniões para tomada de decisões e resolução de problemas
16. Repassando informações por meio de mensagens eletrônicas e escritas
17. Equipe de enfermagem almejando maior participação nos processos decisórios
Estabelecendo processos interacionais
18. Trabalhando junto e construindo uma relação de confiança com a equipe de enfermagem
19. Estabelecendo uma boa interação profissional com os médicos
20. Promovendo o trabalho em equipe
21. Respeitando as relações hierárquicas estabelecidas pelo organograma institucional
Tendo autonomia
22. Considerando o conhecimento como diferencial para a autonomia
23. Destacando a qualificação profissional e autonomia diferenciada dos enfermeiros
24. Tendo maior autonomia como enfermeiro assistencial
Assumindo a liderança da equipe de enfermagem
25. Tornando-se líder, mesmo sem querer
26. Estabelecendo uma liderança dialógica com a equipe de enfermagem
27. Percebendo a falta de assertividade na prática de liderança dos enfermeiros
Promovendo a qualidade assistencial
28. Advogando em prol de um melhor cuidado ao paciente
29. Destacando as contribuições do Mestrado Profissional para melhores práticas de cuidado
Supervisionando o trabalho da equipe de enfermagem
30. Apontando a supervisão da equipe como responsabilidade do enfermeiro
31. Chamando a atenção da equipe de enfermagem, quando um erro é cometido
32. Priorizando estabelecer relações sociais profissionais do que amizades no ambiente de trabalho
33. Valorizando a experiência da equipe de enfermagem
FENÔMENO
Exercendo a governança da prática profissional de enfermagem em um hospital universitário

Quadro 10 – Apresentação das categorias, das subcategorias e do fenômeno.

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2013.

As categorias “Contornando as ambiguidades do suporte organizacional”, “Gerenciando o cuidado de enfermagem”, “Gerenciando os serviços de enfermagem” e “Desenvolvendo

conhecimentos e aptidões gerenciais” representam condições necessárias para a manifestação e o desencadeamento do fenômeno.

O suporte organizacional corresponde ao respaldo da instituição para o exercício da governança dos enfermeiros, em que se destacam as condições de trabalho e a estrutura organizativa do serviço de enfermagem. Em relação às condições de trabalho, o quantitativo de pessoal e a disponibilidade de recursos materiais foram considerados adequados para a realização do cuidado de enfermagem. Quanto à organização do serviço de enfermagem, o hospital dispõe de uma direção de enfermagem no mesmo patamar de importância dos demais órgãos diretivos e o cargo de diretor de enfermagem é exercido por um enfermeiro eleito pelos próprios profissionais de enfermagem.

O hospital oferece uma ótima estrutura porque nós temos hora extra, temos liberdade para desenhar a escala como nós consideramos mais adequado. [...] temos um número suficiente de técnicos, temos muito mais enfermeiros que todos os hospitais da região [...] (P8).

A estrutura do hospital se diferencia das outras instituições, nós temos um número diferenciado de enfermeiros, [...] nós temos uma Direção de Enfermagem, nós temos um enfermeiro ocupando o cargo de diretor de enfermagem (P12).

A gente tem a possibilidade de fazer a escolha do nosso diretor a gente vota e eu acho que isso é um ponto muito importante porque não temos uma chefia imposta ou indicada por um diretor geral (P34).

Além do diretor de enfermagem, a gestão de enfermagem também é realizada por enfermeiros que exercem os cargos de chefia de divisão de enfermagem e chefia de serviço de enfermagem. Há quatro divisões de enfermagem, organizadas conforme as áreas assistenciais da instituição: emergência e ambulatório, clínica médica, clínica cirúrgica e materno-infantil. Essas divisões abrangem 17 unidades e serviços específicos de enfermagem. Os enfermeiros chefes de serviço são responsáveis pela gestão de uma unidade hospitalar e articulação entre os enfermeiros assistenciais e a Direção de Enfermagem. Os enfermeiros que exercem o cargo de chefia de divisão coordenam o

processo de gestão de um grupo de unidades afins. Para auxiliar na gestão de enfermagem, a Direção de Enfermagem conta com a Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN) e Comissão Permanente de Materiais de Assistência (CPMA) como órgãos assessores, responsáveis, respectivamente, pela gestão das ações educativas de enfermagem e coordenação do processo de planejamento, organização e controle de materiais assistenciais.

[...] a chefia de unidade faz muito meio de campo com a direção de enfermagem (P43).

A chefia da divisão é o elo entre as unidades [...], então quando a chefia da unidade tem algum problema, ela se reporta à chefia de divisão e elas discutem como resolver a situação (P5).

[...] nós temos bastante auxílio, principalmente do CEPEN e CPMA (P35).

Os cargos de chefia de divisão e do serviço de enfermagem também são eletivos, assim como o de Diretor de Enfermagem. Quando os dados foram coletados, o hospital enfrentava dificuldades no processo de sucessão e preparação de novas lideranças para assumirem os cargos gerenciais. Essas posições são consideradas estressantes em função das atribuições exercidas e responsabilidades assumidas, além de pouco valorizadas financeiramente.

[...] é bastante pesado, bastante estressante, que quando você se coloca nessa posição de chefia de um setor (P13).

Em termos de remuneração, é um valor irrisório e que não justifica ter tantas atribuições (P33).

Dessa forma, os cargos de chefia de serviço têm sido assumidos principalmente por enfermeiros com menor tempo de atuação na instituição, pois enfermeiros mais experientes têm menor interesse pela posição. Os motivos que têm levado esses enfermeiros a assumirem o cargo são a influência dos colegas e/ou superiores e a busca por novos aprendizados e desafios profissionais. Como consequência, evidenciou-se a falta de habilidade e preparo dos enfermeiros para o cargo que exercem.

Ninguém queria assumir a chefia [...]. Nós que éramos as três enfermeiras que poderiam se candidatar, conversamos e entramos num consenso de quem deveria se candidatar (P5).

Na verdade, ninguém queria se candidatar. Então, a minha chefia me empurrou e disse: 'vai, você tem perfil para isso' (P39).

[...] fiquei com vontade de buscar novas experiências e conhecer outras coisas, porque na assistência tu acaba ficando numa rotina [...] (P43).

As pessoas que estão assumindo o gerenciamento dentro do hospital não estão preparadas. Então, vai muito da sua capacidade de liderança, da sua capacidade de relações interpessoais, da sua visão da enfermagem, do seu conhecimento, do seu posicionamento frente a equipe multidisciplinar e sobre a equipe médica (P38).

A aprendizagem da prática gerencial na instituição tem ocorrido principalmente ao longo da experiência profissional e a partir da escolha de exemplos de enfermeiros tidos como referência e modelo a seguir. Dessa forma, foi sugerido pelos enfermeiros a realização de uma capacitação e/ou curso sobre gerenciamento e liderança de enfermagem.

Nós vamos construindo. No início, eu era outra pessoa. Entrei aqui com 26 anos, bem insegura e novinha, não sabia de nada. A vida e o próprio hospital foram me ensinando [...]. Hoje tenho noção do que eu posso e devo fazer e do que não me pertence. Antes era um horror, eu achava que tinha que resolver o mundo. Então, graças a Deus a gente aprende. A maturidade é tudo de bom! (P34).

Com certeza, a gente sempre acaba se espelhando em pessoas que a gente admira (P20).

[...] eu sugeri que fosse feito capacitação para as chefias, porque a gente é colocado no cargo

quando ninguém mais quer. Isso acontece em 90% das situações aqui dentro. E nós não somos preparadas pra isso (P44).

A gerência do cuidado é a principal atribuição dos enfermeiros assistenciais visando à governança da prática profissional de enfermagem. Esses enfermeiros ocupam uma posição central no contexto da organização e realização do cuidado, sendo referência para a equipe de saúde e enfermagem. Dessa forma, conseguem desenvolver uma visão global sobre o ambiente assistencial, estabelecer e manter o controle sobre o mesmo. Também procuram estar sempre atentos às informações mais atualizadas acerca dos pacientes hospitalizados, tais como: quantidade de internações, cuidados ou procedimentos realizados ou a serem realizados e materiais necessários para a realização de uma assistência adequada e qualificada.

[...] o enfermeiro é o centro da equipe. O médico e o técnico de enfermagem sempre recorrem ao enfermeiro (P4).

[...] nós conseguimos ter uma boa visão do todo, o controle de tudo que está acontecendo (P19).

Eu sempre procuro me inteirar do que está acontecendo, [...] estou “ligada” (atenta), às vezes eu não estou por perto, mas estou “ligada” na situação (P29).

O enfermeiro é quem esclarece minhas dúvidas, auxilia nas minhas tarefas e procedimentos [...] é imprescindível na unidade (P60).

Os enfermeiros têm uma grande noção geral da unidade, de como estão os pacientes, se tem que marcar exame, se tem que agendar ambulância, se tem que fazer isso ou aquilo, se tem que pegar material [...] (P55).

O comprometimento dos enfermeiros com a assistência prestada aos pacientes faz com que eles realizem inclusive ações que extrapolam a alçada profissional da enfermagem. Alguns dos exemplos citados incluem o atendimento a intercorrências nas quais seria necessária a intervenção

médica e o desempenho de atividades dos psicólogos ou assistentes sociais em turnos que estes estão ausentes ou em quantidade insuficiente no hospital.

Eles [os médicos] falaram com palavras de baixo calão que ele [o enfermeiro] não deveria interromper a passagem de plantão independente do que estivesse acontecendo, [...] ele resolveu a intercorrência tomando certas atitudes que não são de competência do enfermeiro (P14).

[...] o enfermeiro durante a tarde, a noite e o final de semana está muito sozinho. É ele pra vinte, vinte e cinco, trinta pacientes, mais uma equipe de enfermagem questionando a todo momento, além dos pacientes e familiares, às vezes, você tem que tomar decisões que não são totalmente da tua alçada profissional e que você não tomaria se tivesse uma equipe multiprofissional a todo momento (P35).

Tem horas que nós estamos ali e tem que aguentar tudo. Nós somos um pouco psicólogo, um pouco assistente social, um pouco nutricionista (P17).

As principais dificuldades enfrentadas tanto por enfermeiros gestores quanto por enfermeiros assistenciais são a gestão de pessoas nos serviços públicos e morosidade dos serviços de apoio. Como os funcionários do hospital são servidores públicos, os enfermeiros pontuaram a falta de comprometimento com a instituição e altos índices de absenteísmo entre integrantes da equipe de enfermagem. Os serviços de apoio, por sua vez, não fornecem o suporte necessário para a governança dos enfermeiros. As atividades de manutenção, reparo e compra de materiais são lentas e burocráticas.

[...] trabalhar com gente é mais difícil mesmo, por serem funcionário público, por muita gente já ter passado pelo estágio probatório, por não poderem ser demitido ou precisar de muita coisa para sair do local acho isso dificulta um pouco o trabalho e dificulta a melhoria do serviço (P17).

Outra situação muito delicada é a questão do absentéismo. Nós temos um índice muito elevado. Numa instituição privada é de 0 a 3%, sendo que 3% já é altíssimo. Nós aqui trabalhamos o mês de novembro com mais de 20% (P37).

[...] tem coisas que são demoradas, às vezes para consertar um suporte de soro demora meses, ou por falta de pessoal, ou por falta da peça. Ai tu vai atrás da peça, ai tu vai atrás do pessoal, são coisas difíceis de resolver e não precisariam ser, mas da maneira que é atualmente aqui, é difícil (P43).

As categorias “Tomando decisões e repassando deliberações” e “Estabelecendo processos interacionais” estão relacionadas à propagação e sustentação do fenômeno “Exercendo a governança da prática profissional de enfermagem em um hospital universitário”.

O processo comunicacional formal na instituição tem como principal fonte as reuniões realizadas entre os enfermeiros gestores e o diretor de enfermagem. Essas reuniões são deliberativas, ocorrem quinzenalmente e tem como objetivo a tomada de decisões e resolução de problemas relacionados à prática de enfermagem. As decisões tomadas nesse espaço são repassadas pelos enfermeiros chefes para a sua equipe por meio de mensagens eletrônicas, recados e/ou reuniões informativas. Essas reuniões, no entanto, não têm sido realizadas periodicamente, pois não é destinada carga horária específica para tal na jornada de trabalho. Assim, a maioria das equipes de enfermagem das unidades reúne-se apenas anualmente para uma avaliação das atividades que estão sendo realizadas e marcação de férias.

Nós temos reuniões entre os enfermeiros. A princípio é feito uma vez por mês ou de dois em dois meses. Não tem datas fixas. A chefe vai conversando conosco por e-mail e quando todo mundo pode em uma data mais disponível nós marcamos (P1).

A diretoria de enfermagem é muito próxima das chefias, nós temos um fórum de reunião a cada 15 dias então, em que são discutidas várias questões dos setores (P34).

A reunião geral da chefia com enfermeiros e com técnicos acontece uma vez ao ano, que é o que nós chamamos de reunião de marcação de férias (P13).

É feita uma reunião com todas as chefias do hospital e cada chefia leva os seus problemas de cada Unidade, e tenta discutir e resolver mantendo uma padronização. Meu problema é pessoal, está faltando tantas pessoas para fechar minha escala, como é que vou fazer isso? [...] Então, nós vamos tentar barganhar ou em hora extra, ou funcionário vem e depois pega em folga. Ou decisões sobre a falta de materiais, porque quando ocorre a falta não ocorre só aqui, ocorre também nos outros setores (P45).

Nós temos tido pouquíssimas reuniões ultimamente. Essas poucas reuniões eu creio que é por causa das poucas enfermeiras e da quantidade de serviço. Antigamente nós nos reuníamos uma vez ao mês, a gente conversava sobre o setor, a gente via quais eram os pontos que precisavam ser reparados, a gente revia rotinas e hoje faz meses que a gente não tem conversado (P27).

[...] nós não temos uma carga horária destinada para equipe se reunir. Infelizmente, aqui no hospital nós não temos isso para poder discutir os problemas da unidade (P4).

Dessa forma, os profissionais da equipe de enfermagem manifestaram interesse em participar mais ativamente do processo de tomada de decisão na instituição, pois se consideram preparados para decidir sobre questões que envolvem diretamente a sua prática profissional cotidiana.

A gente tem reuniões, é para ser uma vez por mês, mas às vezes passa o mês e não tem a reunião eu acho que deveria ter todos os meses. Para colocar as dificuldades da unidade, para melhorar, para discutir com as colegas (P31).

As decisões geralmente vem para nós. Não é uma decisão participante, muito pouco, geralmente é de cima para baixo mesmo. Isso acontece, é hierarquizado (P32).

Essa semana a gente questionou sobre a reunião que teve e nos responderam que era reunião de enfermeiros e que não deveria ser falado o conteúdo com nós, técnicos de enfermagem (P60).

Eu, por exemplo, sou auxiliar de enfermagem, então eu não me sinto tecnicamente preparada pra algumas decisões mais acima, eu realmente acho que tem que ser enfermeiro, chefia, diretor, direção, mas tem coisas do dia a dia, como a gente trabalha no dia a dia da unidade, que a gente poderia auxiliar ou participar mais nas decisões (P55).

Quanto às relações profissionais, constatou-se a valorização da horizontalidade e do diálogo nos processos interativos. No entanto, no material empírico produzido identificaram-se indícios de que tais relações são mediadas pelas hierarquias determinadas pelo organograma institucional e pela influência do modelo biomédico. Assim, ao passo em que as relações entre gestores, enfermeiros, equipe de enfermagem e médicos são classificadas como boas e cordiais, percebe-se que elas são mediadas por uma forte influência hierárquica e conflitos não resolvidos.

Eu tento estar ao lado deles [técnicos de enfermagem] e mostrar que eles são importantes para o serviço e para mim [...] (P7).

Ninguém gosta de ser mandado, é uma coisa do ser humano, mas eu falo 'se você quer mandar, mande com jeito', tem que pedir para pessoa fazer e não sair mandando dizendo que a pessoa é meu subordinado e vai ter que fazer (P17).

Quando eu vejo que o técnico está querendo se sobressair, [...] nós temos que situar que, não pela relação de poder, mas para situar e saber que existe alguém que é responsável pela equipe (P32).

Eu acredito que as relações têm que serem horizontais. Eu sou uma pessoa bem democrática, gosto que as coisas sejam bem democráticas [...] (P35).

O enfermeiro tem uma atuação bem importante aqui dentro porque além dele desenvolver todas as atribuições dele, eles também são bem colaborativos conosco [...] (P56).

Há uma distância muito grande entre enfermeiros e técnicos, como se a hierarquia fosse muito bem estabelecida aqui dentro. Já chegou o caso de um enfermeira falar “vocês tem que dar graças a Deus que a gente até toma café com vocês [técnicos]” como se realmente um fosse diferente dos outros (P60).

Como profissionais que estão constantemente interagindo com a equipe de enfermagem e multiprofissional, os enfermeiros desempenham um importante papel na articulação e integração entre as diferentes categorias profissionais que atuam no ambiente hospitalar.

Nós temos uma boa comunicação não só com a medicina, mas com a nutrição, psicologia e fisioterapia também, quando algum paciente necessita de apoio, a gente sempre discute, com os staffs também, a gente chama eles, pede para conversar e discutir o caso (P10).

O enfermeiro é a peça chave da equipe, é o centro da equipe pra harmonizar o grupo, [...] o enfermeiro distribui as tarefas para cada um, inclusive para nós residentes (P47).

[...] nós sempre nos reportamos ao enfermeiro e ele conduz a equipe para fazer as tarefas, eu vejo isso no hospital todo. A gente pede tudo para o enfermeiro, e o enfermeiro delega quem vai fazer tal procedimento, se vai ou não fazer, a hora que vai fazer (P51).

A partir da articulação entre as categorias teóricas anteriormente apresentadas, os enfermeiros constroem sua autonomia profissional e

desenvolvem suas práticas de liderança e supervisão da equipe de enfermagem visando à qualidade da assistencial. Esse processo está representado nas categorias “Tendo autonomia”, “Assumindo a liderança da equipe de enfermagem”, “Supervisionando o trabalho da equipe de enfermagem” e “Promovendo a qualidade assistencial”, que mantêm e fortalecem o exercício da governança dos enfermeiros sobre a prática profissional de enfermagem.

Os enfermeiros consideram que possuem uma autonomia diferenciada, principalmente no âmbito assistencial. Tal autonomia é favorecida pelo contexto universitário do hospital, cujas características estruturais e organizativas conferem maior legitimidade ao trabalho de enfermagem. Além disso, o conhecimento científico é um diferencial para a construção da autonomia profissional, porque lhes possibilita argumentar junto à equipe multiprofissional em prol das ações de cuidado consideradas mais adequadas. O enfermeiro que demonstra domínio do conhecimento científico conquista credibilidade, respeito e consegue coordenar melhor o trabalho da equipe de enfermagem.

O conhecimento é fundamental. O enfermeiro que está na prática há muito tempo sem estudar, sem se atualizar é realmente o enfermeiro passivo, que escuta e fica quieto porque ele não sabe argumentar [...]. O conhecimento é tudo, porque se não o médico vai perguntar porque tu pensa isso? E porque eu acho não é resposta, tem que fundamentar! (P6).

[...] tu tens que mostrar que tu conheces, que tu vais discutir o assunto que tu já estás a par, que tu podes ajudar em alguma coisa, que tu colaboras também com o tratamento do paciente, porque tu tens o conhecimento para isso e tu estás coordenando a equipe (P12).

Quando tu és uma enfermeira e tu tens capacidade técnica, capacidade científica, destreza para fazer as coisas, nunca ninguém vai te questionar, nunca nenhum profissional, seja da medicina, psicologia, fisioterapia, vai se meter no teu trabalho (P27).

Olha, aqui os enfermeiros têm bastante autonomia. Dizem por aí que aqui quem manda são os enfermeiros [...] (P39).

Os enfermeiros conseguem ter um trabalho que as pessoas reconheçam e respeitem mais do que em outros locais. Então eu acho muito melhor, acho até que por ser um hospital escola, tem um respeito maior dos outros profissionais. É o melhor hospital que nós temos com relação a enfermagem (P46).

Eu percebo que nós temos mais autonomia como enfermeiro assistencial do que no gerenciamento, nós conseguimos resolver mais coisas na assistência (P43).

[...] na assistência depende mais do enfermeiro que está ali e então é mais fácil resolver. Na chefia, as coisas não dependem diretamente de mim (P42).

Diante do cenário apresentado, os enfermeiros são referência para a equipe de enfermagem, tornando-se naturalmente líderes. O estilo de liderança mais valorizado pelos enfermeiros é a liderança dialógica. Em decorrência disso, a supervisão configura-se como uma das principais responsabilidades dos enfermeiros para fornecer suporte para a equipe de enfermagem e também chamar atenção, quando um erro é cometido.

[...] geralmente o enfermeiro acaba sendo líder mesmo sem querer, porque é a figura central da equipe. Ele acaba sendo a naturalmente a referência da equipe, o líder da equipe (P43).

Eu acabo trabalhando com eles em conjunto mesmo, tentando trazer eles para perto de mim e fazer com que eles façam o que eu preciso e o que eu peço para eles. Eu não consigo ter essa postura de líder que está acima da equipe (P14).

Os técnicos de enfermagem perguntam: eu diluo isso em quanto? Então isso para mim é uma

questão de supervisão. Supervisão é eu estar ali na hora e coordenar o trabalho deles (P7).

Acho que a principal responsabilidade é a supervisão, porque o enfermeiro não é onipotente nem onipresente, então ele não estará diante de todas as situações (P19).

Quando eu tenho algum problema com algum funcionário eu tento chamar ele aqui na sala da chefia ou em algum ambiente que não tenha ninguém (P23).

A proximidade com a equipe de enfermagem, ao passo em que favorece as práticas de liderança e supervisão, traz dificuldades para que os enfermeiros assumam uma posição mais assertiva no ambiente de trabalho. Nesse sentido, destaca-se que os enfermeiros priorizam o estabelecimento de relações sociais profissionais em vez de amizades no ambiente de trabalho.

Como em todos os grandes grupos, tem que ter a cabeça para comandar, e alguns enfermeiros não agem como se fosse a cabeça, tem que ter um líder para não virar bagunça. Eu sinto que alguns técnicos acabam mandando no enfermeiro, e o enfermeiro acaba aceitando as determinações que os técnicos impõem e como isso acaba passando a imagem de um enfermeiro passivo, que aceita tudo e não se impõe (P48).

Eu acho que o enfermeiro não pode ser amigo dos técnicos. Eles tem que ver você como enfermeiro da unidade, como alguém que está trabalhando. Eu não quero ser amiga nem colega de ninguém (P11).

Porque se nós não tivermos essa clareza do que é uma relação de trabalho, do que é amizade, a gente poderia avançar mais numa relação de trabalho mais saudável e prazerosa para todos, sem tantos sofrimentos e conflitos nas interações (P32).

[...] a enfermagem tem muito isso de cumplicidade, de se envolver, de misturar e isso, às vezes, atrapalha na assistência [...] (P44).

Por meio de todas as suas ações assistenciais e gerenciais, os enfermeiros ao exercerem a governança da prática de enfermagem conseguem advogar em prol de um melhor cuidado aos pacientes. Na busca pela qualidade assistencial, destacam-se as contribuições do Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado de Enfermagem para a prática de enfermagem na instituição. Essa nova modalidade de ensino de pós-graduação é liderada por enfermeiros do hospital em parceria com docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade ao qual o hospital é vinculado academicamente e tem impulsionado o exercício profissional de enfermagem a novos patamares de excelência.

A principal responsabilidade é a garantia de que o atendimento seja efetivo e eficaz (P22).

O enfermeiro tem prioritariamente a função de direcionar as ações da equipe em prol da boa qualidade da assistência das pessoas que estão sob nossa responsabilidade (P25).

Na assistência, eu tinha uma relação muito melhor com os médicos do que agora no papel de chefia, porque mesmo na questão de brigas em prol do paciente. A enfermagem vai em prol do que é melhor para a unidade, do que é melhor para paciente [...] (P42).

[...] a partir do Mestrado Profissional foram instituídos, por exemplo, uma sala de espera para orientação de punção por biopsia por agulha fina no raio-x, nós já conseguimos implementar a utilização da segunda etapa do Processo de Enfermagem, que é o diagnóstico numa clínica [...] (P41).

A representação da articulação entre as categorias e subcategorias apresentadas está ilustrada na Figura 8.

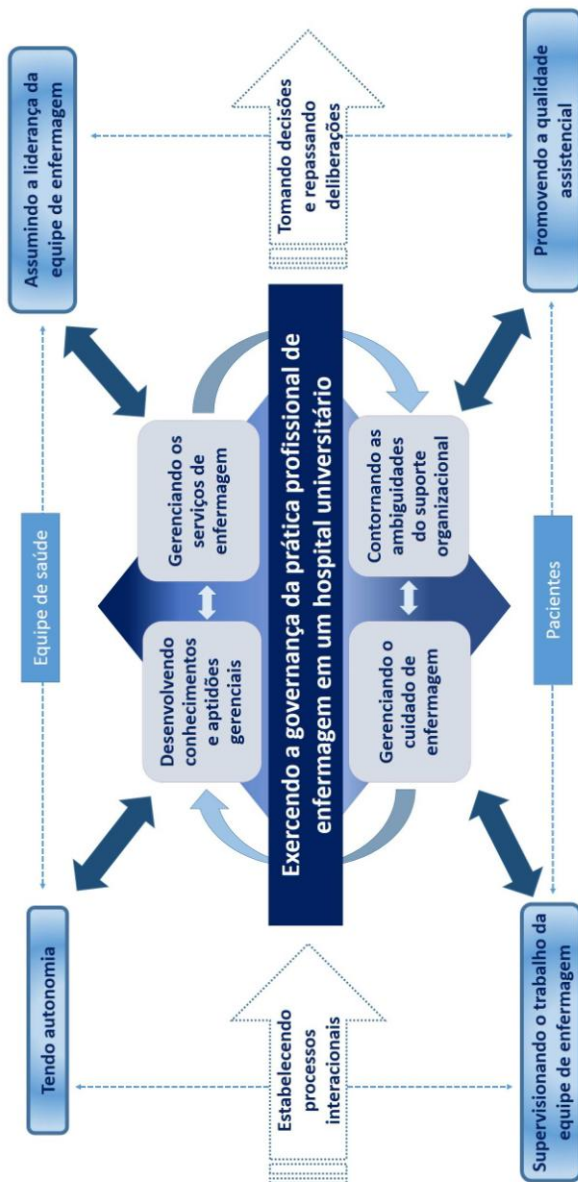


Figura 8 – Diagrama representativo da integração da articulação entre as categorias, as subcategorias e o fenômeno. Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

Fonte: Elaborado pelo autor

4.2.1 Artigo 2 – Governança da prática de enfermagem no ambiente hospitalar: teoria fundamentada nos dados construtivista

GOVERNANÇA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS CONSTRUTIVISTA

NURSING PROFESSIONAL GOVERNANCE PRACTICE IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT: CONSTRUCTIVIST GROUNDED THEORY

GOBERNANZA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO: TEORÍA FUNDAMENTADA EN LOS DATOS CONSTRUTIVISTA

RESUMO:

Objetivo: elaborar um modelo interpretativo a partir da compreensão dos significados atribuídos pelos enfermeiros sobre as experiências de governança da prática de enfermagem no ambiente hospitalar. **Método:** Estudo qualitativo que adotou como desenho de pesquisa a Teoria Fundamentada nos Dados construtivista. Participaram 63 sujeitos divididos em três grupos amostrais com enfermeiros assistenciais, enfermeiros gestores e profissionais da equipe de saúde de um hospital universitário da região Sul do Brasil. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas e vinhetas e analisados mediante codificação inicial, seletiva e focalizada. **Resultados:** A governança da prática profissional de enfermagem está baseada na atuação dos enfermeiros gerenciando o cuidado e os serviços de enfermagem. Para o desempenho de tais atividades, os enfermeiros buscam contornar as limitações do suporte organizacional e desenvolver conhecimentos e aptidões gerenciais. **Implicações:** Destaca-se a importância da reorganização das estruturas e processos de governança profissional de enfermagem, principalmente quanto ao suporte que é fornecido pela organização para a prática gerencial dos enfermeiros. **Descritores:** Supervisão de Enfermagem. Administração Hospitalar. Gerência. Governança Clínica.

ABSTRACT:

Aim: to build an interpretive model from the meanings attributed by nurses to their experiences on governance process of nursing practice.

Method: Qualitative study with a constructivist Grounded Theory design. The participants were 63 subjects divided into three sample groups with registered nurses, nurse managers, and health professionals from a university hospital in the south of Brazil. The data were obtained through interviews and vignettes and analyzed by initial and focused coding. **Results:** The nursing professional governance practice is based on the performance of nurses managing the care and nursing services. To perform such activities, nurses seek to circumvent the limitations of organizational support and develop knowledge and managerial skills. **Implications:** The study highlights the importance of the reorganization of structures and processes of professional nursing governance, especially regarding the support that is provided by the organization for the management practice of nurses. **Descriptors:** Nursing, Supervisory. Hospital Administration. Management. Clinical Governance.

RESUMEN:

Objetivo: construir un modelo interpretativo a partir de los significados atribuidos por los enfermeros al proceso de gobernanza de la práctica de Enfermería. **Método:** Teoría Fundamentada en los Datos con 63 participantes divididos en tres grupos muestrales con enfermeros asistenciales, enfermeros gestores y profesionales equipo de salud de un hospital universitario del Sur del Brasil. Los datos fueron obtenidos con entrevistas, viñetas y analizados mediante codificación inicial y focalizados. **Resultados:** La gobernanza de la práctica profesional de enfermería se basa la gerencia del cuidado e de los servicios de salud realizada por los enfermeros. Para realizar estas actividades, los enfermeros tratan de eludir las limitaciones de apoyo de la organización y el desarrollo de conocimientos y habilidades gerenciales. **Implicaciones:** El estudio destaca la importancia de la reorganización de las estructuras y procesos de gobierno de enfermería profesional, especialmente con respecto al apoyo que se proporciona por la organización para la práctica de los enfermeros. **Descriptoros:** Supervisión de Enfermería. Administración Hospitalaria. Gerencia. Gestión Clínica.

INTRODUÇÃO

O termo governança corresponde ao processo de ação coletiva que organiza a interação entre os atores, a dinâmica, os processos e as regras formais e informais, por meio das quais uma sociedade ou

organização toma e implementa suas decisões e determina suas condutas (PIERRE, PETERS, 2000). Existem evidências da sua utilização desde os primeiros registros escritos. No entanto, tornou-se recorrente na literatura acadêmica e profissional das mais diversas áreas apenas nas últimas décadas do século XX, a partir das transformações no âmbito da gestão organizacional e das políticas públicas (PLUMPTRE, GRAHAM, 1999). Essas transformações estão relacionadas à busca da transição de uma lógica sistêmico-controladora para uma lógica processual-relacional nos cenários gerenciais e organizacionais (WATSON, 2005).

A utilização do termo governança também é uma tendência na área da saúde, especialmente no contexto das discussões sobre as boas práticas de gestão que podem ser adotadas para melhorar o cuidado prestado aos indivíduos e às coletividades. Desde os anos 2000, a Organização Mundial da Saúde destaca-se como o principal órgão responsável pela difusão e operacionalização desse termo na área da saúde, especialmente nas discussões de estratégias e estruturas que podem potencializar a prestação de serviços de saúde, principalmente com o objetivo de equacionar os recursos disponíveis diante da demanda crescente das populações por cuidados de saúde (SIDDIQI et al., 2009; DIELEMAN, SHAW, ZWANIKKEN, 2011).

No âmbito da Enfermagem, a governança profissional refere-se aos processos e às estruturas que conferem aos enfermeiros autonomia, controle e autoridade sobre a prática de enfermagem em uma organização (BARDEN et al., 2011; BENNETT et al., 2012). O primeiro modelo de governança da prática de enfermagem foi projetado na década de 1980, nos Estados Unidos, e intitula-se governança compartilhada de enfermagem (PORTER-O'GRADY, HAWKINS; PARKER, 1997; HESS, SWIHART, 2013), sendo que os seus princípios estão amplamente difundidos internacionalmente (SANTOS et al., 2013). O pressuposto principal desse modelo é que os enfermeiros, como principais profissionais que atuam na “linha de frente” dos serviços de saúde, têm mais condições de decidir o que os pacientes necessitam para terem suas necessidades atendidas, considerando os parâmetros das boas práticas clínicas (BARDEN et al., 2011; FRAY, 2011; HESS, SWIHART, 2013).

Apesar da discussão crescente sobre a legitimidade da autonomia, do poder e da liderança dos enfermeiros nos serviços de saúde (LUNARDI et al., 2007; JERICÓ, PERES, KURCGANT, 2008; MENEZES, PRIEL, PEREIRA, 2011; AMESTOY et al., 2013; TELLEZ, 2013), não há evidências da existência de modelos de

governança da prática de enfermagem ou mesmo aplicação do conceito de governança à gestão de enfermagem na América Latina (SANTOS et al., 2013).

Acredita-se que os enfermeiros brasileiros têm desenvolvido estratégias e mecanismos próprios para a obtenção da governança da prática profissional de enfermagem, configurando-a como um processo dinâmico com forte relação/interação/associação com o contexto organizacional e pelas próprias especificidades do exercício da profissão de Enfermagem no Brasil. Assim, questiona-se: Quais os significados e as experiências de enfermeiros em relação à governança da prática de enfermagem no ambiente hospitalar?

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo elaborar um modelo interpretativo a partir da compreensão dos significados atribuídos pelos enfermeiros sobre as suas experiências/vivências de governança da prática de enfermagem no ambiente hospitalar.

MÉTOD

Estudo qualitativo que adotou como desenho de pesquisa a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) construtivista. A perspectiva construtivista da TFD enfatiza a compreensão e não a explicação. A compreensão teórica é abstrata e interpretativa, permite a indeterminação sem buscar a causalidade, prioriza a revelação de padrões e conexões ao invés do raciocínio linear (CHARMAZ, 2009; HUNTER et al., 2011).

O cenário da pesquisa foi um hospital universitário da Região Sul do Brasil, que dispõe de 268 leitos para tratamentos clínicos e cirúrgicos, Obstetrícia/Alojamento conjunto, berçário, pediatria, Unidade de Terapia Intensiva para adultos e neonatal, Emergências adulto e pediátrica, Ginecologia e um Centro de Tratamento Dialítico. Conta com um efetivo de 1279 funcionários, sendo 682 trabalhadores de enfermagem: 166 enfermeiros, 326 técnicos de enfermagem, 148 auxiliares de enfermagem, 25 auxiliares de saúde e sete instrumentadores cirúrgicos.

Para a amostragem teórica, foram constituídos três grupos amostrais, perfazendo um total de 63 participantes: 1º) 32 enfermeiros assistenciais (E1-E32); 2º) 13 enfermeiros gerentes (E33-E45); e, 3º) 18 profissionais da equipe de saúde (E46-E63). No primeiro e segundo grupos amostrais foram incluídos representantes das quatro divisões nas quais o serviço de enfermagem está estruturado na instituição: Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório, Divisão de Enfermagem

Médica, Divisão de Enfermagem Cirúrgica e Divisão de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. No grupo de profissionais da equipe de saúde, foram incluídos técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, nutricionista e fonoaudiólogo.

Os dados foram coletados por meio de vinhetas (POLIT; BECK, 2011) e entrevistas intensivas (CHARMAZ, 2009), as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. As vinhetas foram construídas a partir da literatura pertinente e experiência dos pesquisadores. Consistiram em situações fictícias que exigiam posicionamento e tomada de decisão de enfermeiros em relação a demandas de pacientes e/ou ações da equipe de enfermagem e saúde no ambiente hospitalar. Nas entrevistas, foram exploradas os significados e as experiências dos participantes do estudo em relação à governança dos enfermeiros sobre a prática profissional de enfermagem, por meio de questões relacionadas ao gerenciamento da unidade hospitalar, do processo de cuidar, da equipe de enfermagem e do processo de gestão de enfermagem da organização hospitalar.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas principais. Uma fase inicial com denominação de cada segmento de dado, seguido por uma fase seletiva e focalizada que utiliza códigos iniciais mais significativos ou frequentes para classificar, integrar, sintetizar e organizar os dados em eixos de análise ou categorias e subcategorias (CHARMAZ, 2009). Esse processamento analítico dos dados foi realizado no software NVIVO® 10. Ao final do processo de análise, emergiram 10 categorias que sustentam o fenômeno “Exercendo a governança da prática profissional de enfermagem em um hospital universitário”. Dentre essas categorias, quatro destacaram-se como processos geradores do fenômeno: “Contornando as ambiguidades do suporte organizacional”, “Gerenciando o cuidado de enfermagem”, “Gerenciando os serviços de enfermagem” e “Desenvolvendo conhecimentos e aptidões gerenciais”. Assim, optou-se por abordá-las separadamente conferindo visibilidade às suas respectivas subcategorias.

Ressalta-se que após o desenvolvimento do modelo interpretativo a partir da teoria emergente dos dados, procedeu-se à validação das categorias e suas relações entre si. O modelo esquemático e a figura representativa da disposição das categorias foi apresentado a um grupo de sete enfermeiros, entre participantes do estudo e pesquisadores com experiência em estudos relacionados à gestão de enfermagem e/ou na utilização do método, que considerou os resultados congruentes e consistentes.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de referência (Processo nº 144.436 e CAAE: 09885612.1.0000.0121) e os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta as subcategorias das categorias “Contornando as ambiguidades do suporte organizacional”, “Gerenciando o cuidado de enfermagem”, “Gerenciando os serviços de enfermagem” e “Desenvolvendo conhecimentos e aptidões gerenciais”.

CATEGORIAS/SUBCATEGORIAS
Contornando as ambiguidades do suporte organizacional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Destacando as condições de trabalho da instituição 2. Destacando a importância do apoio e da assessoria da Direção de Enfermagem 3. Enfrentando as dificuldades da gestão de pessoas nos serviços públicos 4. Defrontando-se com a burocracia e morosidade dos serviço de apoio
Gerenciando os serviços de enfermagem
<ol style="list-style-type: none"> 5. Assumindo o cargo gerencial por influência dos colegas e/ou superiores 6. Considerando o exercício gerencial uma oportunidade para novos aprendizados 7. Percebendo que o ônus é maior do que o bônus 8. Fazendo a articulação entre os enfermeiros assistenciais e a Direção de Enfermagem
Gerenciando o cuidado de enfermagem
<ol style="list-style-type: none"> 9. Estabelecendo e mantendo o controle sobre o ambiente de cuidado 10. Ocupando uma posição central no contexto da organização e realização do cuidado 11. Realizando ações que extrapolam a alçada profissional da enfermagem
Desenvolvendo conhecimentos e aptidões gerenciais
<ol style="list-style-type: none"> 12. Aprendendo a gerenciar ao longo da trajetória profissional 13. Escolhendo exemplos profissionais para seguir e inspirar-se 14. Destacando a necessidade de uma capacitação sobre gerenciamento de enfermagem

Quadro 1 – Categorias e suas respectivas subcategorias.

O suporte organizacional corresponde ao respaldo da instituição para o exercício da governança dos enfermeiros. Neste estudo, os participantes destacaram que ele é marcado por ambiguidades, o que justifica a categoria “Contornando as ambiguidades do suporte

organizacional”. As duas primeiras subcategorias correspondem a aspectos positivos e as duas últimas sinalizam pontos negativos para a governança da prática de enfermagem.

Em relação às condições de trabalho, o quantitativo de pessoal e a disponibilidade de recursos materiais foram considerados adequados para a realização do cuidado de enfermagem. Quanto à organização do serviço de enfermagem, o hospital dispõe de uma direção de enfermagem no mesmo patamar de importância dos demais órgãos diretivos e o cargo de diretor de enfermagem é exercido por um enfermeiro eleito pelos profissionais de enfermagem.

O hospital oferece uma ótima estrutura porque nós temos hora extra, temos liberdade para desenhar a escala como nós consideramos mais adequado. [...] temos um número suficiente de técnicos, temos muito mais enfermeiros que todos os hospitais da região [...] (P8).

A estrutura do hospital se diferencia das outras instituições, nós temos um número diferenciado de enfermeiros, [...] nós temos uma Direção de Enfermagem, nós temos um enfermeiro ocupando o cargo de diretor de enfermagem (P12).

Nós temos a possibilidade de fazer a escolha do nosso diretor a gente vota e eu acho que isso é um ponto muito importante porque não temos uma chefia imposta ou indicada por um diretor geral (P34).

A categoria “Gerenciando os serviços de enfermagem” refere-se ao processo gerencial da enfermagem na instituição. Além do Diretor de Enfermagem, a gestão de enfermagem também é realizada por enfermeiros que exercem os cargos de chefia de divisão de enfermagem e chefia de serviço de enfermagem, conforme apresentado na categoria. Há quatro divisões de enfermagem, organizadas conforme as principais áreas assistenciais da instituição: emergência e ambulatório, clínica médica, clínica cirúrgica e materno-infantil. Essas divisões abrangem 17 unidades e/ou serviços específicos de enfermagem.

Os enfermeiros chefes de serviço são responsáveis pela gestão de uma unidade hospitalar e articulação entre os enfermeiros assistenciais e a Direção de Enfermagem. Os enfermeiros que exercem o

cargo de chefia de divisão coordenam o processo de gestão de um grupo de unidades afins. Para auxiliar na gestão de enfermagem, a Direção de Enfermagem conta com o Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN) e a Comissão Permanente de Materiais de Assistência (CPMA) como órgãos assessores, responsáveis, respectivamente, pela gestão das ações educativas de enfermagem e coordenação do processo de planejamento, organização e controle de materiais assistenciais.

[...] a chefia de unidade faz muito meio de campo com a direção de enfermagem (P43).

A chefia da divisão é o elo entre as unidades [...], então quando a chefia da unidade tem algum problema, ela se reporta à chefia de divisão e elas discutem como resolver a situação (P5).

[...] nós temos bastante auxílio, principalmente do CEPEN e CPMA (P35).

Os cargos de chefia de divisão e do serviço de enfermagem também são eletivos, assim como o de Diretor de Enfermagem. Quando os dados foram coletados, o hospital enfrentava um período difícil na sucessão e preparação de novas lideranças para assumirem os cargos gerenciais. Essas posições foram consideradas estressantes pelos enfermeiros, em função das atribuições exercidas e pouco valorizadas financeiramente.

[...] é bastante pesado, bastante estressante, que quando você se coloca nessa posição de chefia de um setor (P13).

Em termos de remuneração, é um valor irrisório e que não justifica ter tantas atribuições (P33).

Dessa forma, os cargos de chefia de serviço têm sido assumidos principalmente por enfermeiros com menor tempo de atuação na instituição, pois enfermeiros mais experientes não têm interesse pela posição. Os motivos que têm levado esses enfermeiros a assumirem o cargo são a influência dos colegas e/ou superiores e a busca por novos aprendizados e desafios profissionais. Como consequência, falta habilidade e preparo dos enfermeiros para o cargo que exercem.

Ninguém queria assumir a chefia [...]. Nós que éramos as três enfermeiras que poderiam se candidatar, conversamos e entramos num consenso de quem deveria se candidatar (P5).

Na verdade, ninguém queria se candidatar. Então, a minha chefia me empurrou e disse: 'vai, você tem perfil para isso' (P39).

[...] fiquei com vontade de buscar novas experiências e conhecer outras coisas, porque na assistência tu acaba ficando numa rotina [...] (P43).

As pessoas que estão assumindo o gerenciamento dentro do hospital não estão preparadas. Então, vai muito da sua capacidade de liderança, da sua capacidade de relações interpessoais, da sua visão da enfermagem, do seu conhecimento, do seu posicionamento frente a equipe multidisciplinar e sobre a equipe médica (P38).

Como consequência, a categoria “Desenvolvendo conhecimentos e aptidões gerenciais” mostra que a aprendizagem da prática gerencial na instituição tem ocorrido principalmente ao longo da experiência profissional e a partir da escolha de exemplos de enfermeiros tidos como referência e modelos a serem seguidos. Dessa forma, os enfermeiros percebem a necessidade da realização de uma capacitação e/ou curso sobre gerenciamento e liderança de enfermagem.

Nós vamos construindo. No início, eu era outra pessoa. Entrei aqui com 26 anos, bem insegura e novinha, não sabia de nada. A vida e o próprio hospital foram me ensinando [...]. Hoje tenho noção do que eu posso e devo fazer e do que não me pertence. Antes era um horror, eu achava que tinha que resolver o mundo. Então, graças a Deus a gente aprende. A maturidade é tudo de bom! (P34).

Com certeza, a gente sempre acaba se espelhando em pessoas que a gente admira (P20).

[...] eu sugeri que fosse feito capacitação para as chefias, porque a gente é colocado no cargo quando ninguém mais quer. Isso acontece em 90% das situações aqui dentro. E nós não somos preparadas pra isso (P44).

A gerência do cuidado é a principal atribuição dos enfermeiros assistenciais visando à governança da prática profissional de enfermagem, como pode ser constatado na categoria “Gerenciando o cuidado de enfermagem”. Os enfermeiros ocupam uma posição central no contexto da organização e realização do cuidado, sendo referência para a equipe de saúde e enfermagem. Dessa forma, conseguem desenvolver uma visão global sobre o ambiente assistencial, estabelecer e manter o controle sobre o mesmo. Também procuram estar sempre cientes das informações mais atualizadas acerca dos pacientes hospitalizados, tais como: quantidade de internações, cuidados ou procedimentos realizados ou a serem realizados e materiais necessários para a realização de uma assistência adequada e qualificada.

[...] nós conseguimos ter uma boa visão do todo, o controle de tudo que está acontecendo (P19).

Eu sempre procuro me inteirar do que está acontecendo, [...] estou “ligada” (atenta), às vezes eu não estou por perto, mas estou “ligada” na situação (P29).

O enfermeiro é quem esclarece minhas dúvidas, auxilia nas minhas tarefas e procedimentos [...] é imprescindível na unidade (P60).

Os enfermeiros têm uma grande noção geral da unidade, de como estão os pacientes, se tem que marcar exame, se tem que agendar ambulância, se tem que fazer isso ou aquilo, se tem que pegar material [...] (P55).

O comprometimento dos enfermeiros com a assistência prestada aos pacientes faz com que eles realizem inclusive ações que extrapolam a alçada profissional da enfermagem. Alguns dos exemplos citados incluem o atendimento a intercorrências nas quais seria necessária a intervenção médica e o desempenho de atividades dos psicólogos ou assistentes

sociais em turnos que estes estão ausentes ou em quantidade insuficiente no hospital.

Eles [os médicos] falaram com palavras de baixo calão que ele [o enfermeiro] não deveria interromper a passagem de plantão independente do que estivesse acontecendo, [...] ele resolveu a intercorrência tomando certas atitudes que não são de competência do enfermeiro (P14).

[...] o enfermeiro durante a tarde, a noite e o final de semana está muito sozinho. É ele pra vinte, vinte e cinco, trinta pacientes, mais uma equipe de enfermagem questionando a todo momento, além dos pacientes e familiares, as vezes, você tem que tomar decisões que não são totalmente da tua alçada profissional e que você não tomaria se tivesse uma equipe multiprofissional a todo momento (P35).

Tem horas que nós estamos ali e temos que aguentar tudo. Nós somos um pouco psicólogo, um pouco assistente social, um pouco nutricionista (P17).

As principais dificuldades enfrentadas tanto por enfermeiros gestores quanto por enfermeiros assistenciais são a gestão de pessoas nos serviços públicos e morosidade dos serviços de apoio, pontos negativos relacionados ao suporte organizacional. Como os funcionários do hospital são servidores públicos, os enfermeiros pontuaram a falta de comprometimento com a instituição e altos índices de absenteísmo entre integrantes da equipe de enfermagem. Os serviços de apoio, por sua vez, não fornecem o suporte necessário para a governança dos enfermeiros. As atividades de manutenção, reparo e compra de materiais são lentas e burocráticas.

[...] trabalhar com gente é mais difícil mesmo, por serem funcionário público, por muita gente já ter passado pelo estágio probatório, por não poderem ser demitido ou precisar de muita coisa para sair do local acho isso dificulta um pouco o trabalho e dificulta a melhoria do serviço (P17).

Outra situação muito delicada é a questão do absenteísmo. Nós temos um índice muito elevado. Numa instituição privada é de 0 a 3%, sendo que 3% já é altíssimo. Nós aqui trabalhamos o mês de novembro com mais de 20% (P37).

[...] tem coisas que são demoradas, as vezes para consertar um suporte de soro demora meses, ou por falta de pessoal, ou por falta da peça. Ai tu vai atrás da peça, ai tu vai atrás do pessoal, são coisas difíceis de resolver e não precisariam ser, mas da maneira que é atualmente aqui, é difícil (P43).

A representação da articulação entre as categorias e subcategorias apresentadas e o fenômeno está ilustrada na Figura 1.



Figura 1 - Diagrama representativo da articulação entre as categorias e as subcategorias apresentadas e o fenômeno. Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

Fonte: Elaborado pelo autor

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que a governança da prática profissional de enfermagem está baseada na atuação dos enfermeiros gerenciando o cuidado e os serviços de enfermagem. Para o desempenho de tais atividades, os enfermeiros buscam contornar as limitações do suporte organizacional e desenvolver conhecimentos e aptidões gerenciais.

O termo gerência do cuidado de enfermagem compreende a articulação e interdependência entre as esferas gerencial e assistencial do trabalho dos enfermeiros. Tem sido empregado com frequência na literatura de enfermagem no Brasil, principalmente a partir dos anos 2000, para caracterizar as atividades dos enfermeiros no planejamento das ações de cuidado, na previsão e provisão de recursos para assistência, na potencialização das interações entre os profissionais da equipe de saúde e na busca de melhores práticas de cuidado (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

As atividades dos enfermeiros na gerência do cuidado podem ser comparadas à função de *Clinical Nurse Leader* (CNL) nos Estados Unidos. Trata-se de enfermeiros que desenvolvem ações específicas para minimizar lacunas de comunicação e informação entre o paciente, a família e a equipe de saúde e enfermagem, visando à melhoria da qualidade do cuidado e segurança dos resultados assistenciais. Entre as principais atividades desse profissional, destacam-se: advogar em prol do paciente, coordenar e planejar as intervenções e/ou cuidados de saúde e enfermagem, identificando quando outros profissionais são necessários, supervisionar e orientar enfermeiros novatos e auxiliar o paciente a utilizar eficientemente o sistema de saúde (DIERCKX *et al.*, 2008, POULIN-TABOR *et al.*, 2008; STANLEY *et al.*, 2008; TORNABENI; MILLER, 2008; TOMEY, 2009).

Sobressaiu-se nos depoimentos o empenho dos enfermeiros em estabelecer e manter o controle sobre o ambiente assistencial para o gerenciamento do cuidado. O controle que os enfermeiros buscam relaciona-se à lógica sistêmica-controladora, que desconsidera que as pessoas e as organizações dispõem de uma natureza auto-organizadora e que a vitalidade da organização se encontra justamente no estímulo desse potencial auto-organizador. Nessa perspectiva, cabe ao gestor atentar também às redes de relações que compõem o conjunto organizacional como um todo e desenvolver sensibilidades para incrementá-las, em vez de focar sua atuação em partes localizadas e individualizadas (DAVEL; VERGARA, 2005; WATSON, 2005).

A valorização do controle do ambiente de cuidado pelos enfermeiros pode ser relacionada ao caráter polivalente e articulador do trabalho desses profissionais. Os enfermeiros são responsáveis pela articulação e mediação das demandas dos pacientes, da equipe de enfermagem e da organização. Nesse sentido, perder o controle pode significar não cumprir tais responsabilidades e ser considerado um sinal de incompetência. Porém, é necessário considerar que desordens e incertezas potencializam a criatividade, a inovação e a evolução (MORIN, 2011), podendo possibilitar mudanças positivas para a prática de enfermagem. Nesse mesma linha de pensamento, a auto-organização dinâmica e viva também pode ser potencializada a partir da interação permanente entre indivíduos, por sofrer interferência das características individuais de cada um e, por conseguinte, ser influenciado pelo todo social (MORIN, 2008).

Em relação ao exercício do cargo de chefe do serviço de enfermagem, constatou-se a dificuldade da instituição em preparar lideranças dispostas a assumir essa função. A decisão dos enfermeiros em se candidatar a esse cargo tem sido associada principalmente a pressão externa de colegas ou superiores. Resultados semelhantes estão descritos em uma pesquisa sueca, a qual destaca ainda que poucos enfermeiros escolhem conscientemente se tornarem líderes e qualificarem-se para tal (BONDAS, 2006). Realidade similar também tem sido encontrada nos Estados Unidos, onde enfermeiros novatos não têm interesse em cargos de liderança e as organizações de saúde já relatam dificuldade em recrutar enfermeiros qualificados para essas posições (COLLINS, COLLIN, 2007).

O cargo gerencial foi considerado uma função estressante em função da magnitude das responsabilidades assumidas. Além disso, as dificuldades na gestão de pessoas e a morosidade dos serviços de apoio representam obstáculos a serem superados no exercício gerencial. Para aprenderem a gerenciar melhor essas situações, os enfermeiros sinalizaram a importância de uma capacitação sobre gerenciamento de enfermagem, uma vez que a aprendizagem gerencial foi constatada como um processo predominantemente empírico, ocorrendo ao longo do exercício profissional.

A importância do desenvolvimento, da implementação e da avaliação de novas estratégias e modelos para sucessão e formação de lideranças na Enfermagem é um tópico recorrente na literatura nacional e internacional (COLLINS; COLLIN, 2007; DIERCKX *et al.*, 2008; MARTIN *et al.*, 2012; AMESTOY *et al.*, 2013; TITZER; SHIREY; HAUCK, 2014).

Pesquisa relata o desenvolvimento de um modelo de planejamento de sucessão para enfermeiros gestores de hospitais norte-americanos. Este modelo envolve seis etapas incluindo planejamento estratégico, seleção dos participantes, desenvolvimento curricular, implementação, avaliação e alocação de profissionais, mediante a realização de cursos presenciais e a distância sobre liderança e gerenciamento, elaboração de portfólios profissionais e estratégias de tutoria e *coaching*. O programa efetivamente aumentou a auto percepção de liderança e competência gerencial dos enfermeiros, ofereceu uma rede de apoio de carreira, incentivando o desenvolvimento pessoal e profissional (TITZER, SHIREY, HAUCK, 2014). Estudo de pesquisadores suíços também relatou resultados positivos advindos de um Programa de Desenvolvimento de Liderança Clínica, o qual teve a duração de 147 horas, durante um período de 12 meses, através de palestras, coaching e workshops (MARTIN *et al.*, 2012). Iniciativas como essas são importantes, pois a falta de orientação e educação formal para a gestão de enfermagem tem sido associada ao estresse no exercício gerencial, a resultados negativos em relação à qualidade assistencial e alta rotatividade dos profissionais (COLLINS, COLLIN, 2007; TITZER, SHIREY, HAUCK, 2014).

Nesse sentido, é necessário que programas de educação profissional para a gestão de enfermagem focalizem a aprendizagem da compreensão e lucidez da complexidade dos processos relacionais, por meio da mobilização de todas as aptidões humanas. A educação que privilegia a racionalidade não possibilita o “aprender a conviver e a ser”, que envolvem aspectos éticos, morais e relacionais (MORIN, 2010).

As dificuldades dos enfermeiros gestores e enfermeiros assistenciais em relação à gestão de pessoas e morosidade dos serviços de apoio, pontos negativos destacados em relação ao suporte organizacional, possibilita uma reflexão sobre a motivação no contexto do trabalho. Tradicionalmente, organizações adotam um sistema racional de regras e de procedimentos que garantem o cumprimento das tarefas para assegurar o alcance de objetivos e metas, sem considerar que os sentimentos dos trabalhadores são relevantes para a busca racional de interesses materiais no contexto corporativo (WATSON, 2005). Dessa forma, é necessário rever se o ambiente de trabalho tem contribuído para a motivação dos funcionários, possibilitando aos servidores a expressão plena de suas potencialidades para que eles se sintam parte integrante e importante da organização e busquem a realização de um serviço de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das experiências/vivências de enfermeiros e profissionais de saúde, compreendeu-se que a governança da prática de enfermagem baseia-se na atuação dos enfermeiros gerenciando o cuidado e os serviços de enfermagem no ambiente hospitalar. Para obter êxito no desempenho dessas atividades os enfermeiros esforçam-se em contornar dificuldades em relação à gestão de pessoas nos serviços públicos e morosidade dos serviços de apoio. Os conhecimentos gerenciais para o exercício da governança advêm da experiência profissional e da inspiração em profissionais escolhidos como exemplos a serem seguidos.

Os resultados apresentados podem contribuir para a reorganização das estruturas e processos de governança profissional de enfermagem, principalmente no tangente ao suporte que é fornecido pela organização para a prática gerencial dos enfermeiros. Destaca-se também a importância do investimento em programas de capacitação e aprimoramento de conhecimentos e habilidades gerenciais para os enfermeiros. Articular e aproximar saberes da administração e enfermagem sob a perspectiva da complexidade organizacional pode potencializar o exercício da governança profissional de enfermagem.

Esta pesquisa apresenta as limitações de um estudo qualitativo, o qual não pretende generalizações, já que os resultados apresentados foram obtidos a partir dos depoimentos de um grupo de enfermeiros e profissionais de saúde de um hospital da Região Sul do Brasil. Futuros estudos de métodos mistos envolvendo triangulação de dados, com o uso de instrumentos validados e confiáveis, podem ajudar a superar tais limitações.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S.C. et al. Nurses' perception of the teaching-learning process of leadership. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.22, n.2, p. 468-475, jun. 2013.

ANTHONY, M. K. Shared governance models: The theory, practice and evidence. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v.31, n.9, 2004. Disponível em:

www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/

Volume92004/Number1January31/SharedGovernanceModels.aspx.

Acesso em: 01 fev. 2012.

BINA, J.S. et al. Decisional Involvement: Actual and Preferred Involvement in Decision-Making Among Registered Nurses. **Western Journal of Nursing Research**, On-line, 5 de setembro, 2013.

Disponível em:

<http://wjn.sagepub.com/content/early/2013/09/05/0193945913503717>

BONDAS T. Paths to nursing leadership. **Journal of Nursing Management**, v.14, n5, p.332-339, 2006.

BONDAS, T. Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. **Journal of Research in Nursing**, v. 14, n. 4, p. 351-362, jul. 2009.

CHRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D.C. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.3, p. 734-741, 2012.

COLLINS, S.K.; COLLIN, K.S. Changing workforce demographics necessitates succession planning in health care. **Health Care Management**, v.26, n.4, p.318-325, 2007.

DAVEL, E.; VERGARA, SC. Desafios relacionais nas práticas de gestão e de organização. **Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n.1, p. 10-13, Jan./Mar. 2005.

DIELEMAN, M.; SHAW, D.M.P.; ZWANIKKEN, P. Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies. **Human Resources for Health**, v. 9, p. 1-10, 2011.

DIERCKX, C.B. et al. Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process: a case study. **Journal of Nursing Management**, v.16, n6, p.753-763, 2008.

HASSON, F.; McKENNA H. P.; KEENEY, S. Delegating and supervising unregistered professionals: The student nurse experience. **Nurse Education Today**, v. 33, n. 3, p. 229–235, 2013.

LUNARDI, V. L. et al. Nursing ethics and its relation with power and work organization. **Revista Latino –Americana de Enfermagem**, v.15, n 3, p. 493-497, jun. 2007.

MARTIN J.S et al. Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders **Journal of Nursing Management**, v. 20, n.1, p. 72–80, jan. 2012.

MENEZES, S.R. T.; PRIEL, M.R.; PEREIRA, L.L. Nurses' autonomy and vulnerability in the Nursing Assistance Systematization practice. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.4, p.953-958, 2011.

MOORE, S.C.; HUTCHISON, S.A. Developing leaders at every level: accountability and empowerment actualized through shared governance. **Journal of Nursing Administration**, v.37, n.12, p.564-568, 2007.

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

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

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 18. ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2010.

PIERRE, J.; PETERS, B.G. **Governance, politics and the state**. New York: St. Martin's Press; 2000.

PLUMPTRE, T.; GRAHAM, J. **Governance and good governance: international and aboriginal perspectives**. Ottawa: Institute of Governance; 1999. Disponível em: www.iog.ca/publications/govgoodgov.pdf. Acesso em: 12 maio 2012.

PORTER-O'GRADY, T.; HAWKINS, M.; PARKER, M. **Whole Systems Shared Governance: Architecture for Integration.**, 1. ed. Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication, 1997. 323 p.

POULIN-TABOR, D. et al. Pioneering a new role: the beginning, current practice and future of the Clinical Nurse Leader. **Journal of Nursing Management**, v.16, n.5, p.623-628, 2008.

RESCK, Z.M.R.; GOMES, E.L.R. A formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, v.16, n.1, p.71-77, 2008.

SANTOS, J. L. G. et al. Governança em enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 47, n. 6, p. 1417-1425, 2013.

SIDDIQI, S. et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. **Health Policy**, v. 90, n.1, p.13-25, 2009.

STANDING, T.S.; ANTHONY, M.K. Delegation: what it means to acute care nurses. **Applied Nursing Research**, v.21, n. 8, p. 8–14, 2008.

STANLEY, J.M. et al. The clinical nurse leader: a catalyst for improving quality and patient safety. **Journal of Nursing Management**, v.16, n.5, p. 614-22, 2008.

TELLEZ, M. You are so smart!: Why didn't you study medicine? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n.1, p. 9-10, 2013.

TITZER, J.L.; SHIREY, M.R.; HAUCK, S. A nurse manager succession planning model with associated empirical outcomes. **Journal of Nursing Administration**, v.44, n. 1, p. 37-46, Jan. 2014.

TOMEY, A.M. Nursing leadership and management effects work environments. **Journal of Nursing Management**, v.17, n.1, p.15-25, 2009.

TORNABENI, J.; MILLER, J.F. The power of partnership to shape the future of nursing: the evolution of the clinical nurse leader. **Journal of Nursing Management**, v.16, n.5, p.608-613, 2008.

WATSON, T.J. Organização e trabalho em transição: da lógica "sistêmico-controladora" à Lógica "processual-relacional". **Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 1, p.14-23.jan/mar 2005.

4.3 INTEGRAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

4.3.1 Artigo 3 – Avaliação do ambiente da prática profissional para a governança de enfermagem no contexto hospitalar

AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DA PRÁTICA PROFISSIONAL PARA A GOVERNANÇA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR

EVALUATION OF THE ENVIRONMENT OF PROFESSIONAL TO GOVERNANCE NURSING IN THE HOSPITAL CONTEXT

EVALUACIÓN DEL AMBIENTE DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL PARA LA GOBERNANZA DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

RESUMO: Este estudo teve como objetivo avaliar o ambiente da prática profissional do enfermeiro e identificar variáveis associadas à governança de enfermagem no ambiente hospitalar. Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos realizada em um hospital universitário brasileiro, com triangulação concomitante entre dados de um estudo transversal com 106 enfermeiros e uma Teoria Fundamentada nos Dados com 63 participantes. Os dados quantitativos foram coletados por meio do *Nursing Work Index-Revised* e submetidos à análise estatística. Os dados qualitativos foram obtidos com entrevistas e vinhetas e analisados mediante codificação inicial, seletiva e focalizada. O ambiente hospitalar mostrou-se favorável à governança da prática profissional de enfermagem. Os enfermeiros julgaram ter autonomia, controle sobre o ambiente, boas relações com os médicos e suporte organizacional para a governança da prática de enfermagem. O tempo de experiência profissional foi considerado relevante pelos enfermeiros para o controle do ambiente, no entanto apenas a variável satisfação no trabalho demonstrou significância estatística.

DESCRITORES: Enfermagem. Gerência. Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão em Saúde. Governança Clínica.

ABSTRACT: This study aimed to analyze the environment of professional to governance nursing in the hospital environment. Mixed methods of research with concurrent triangulation of data from a cross-sectional study with 106 nurses and a Grounded Theory with 63

participants. Quantitative data were collected through *Nursing Work Index-Revised* (NWI-R) and analyzed applying descriptive statistics. Qualitative data were obtained through interviews and vignettes and analyzed by initial and focused coding. The hospital environment is favorable to the governance of nursing practice by nurses. The nurses considered to have autonomy, control over the environment, good relationships with doctors, and organizational support. The professional experience was considered relevant by nurses to control the environment, but only the variable job satisfaction showed statistical significance.

DESCRIPTORS: Nursing, Supervisory. Management. Health Services Evaluation. Clinical Governance.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo analizar el ambiente de la práctica profesional para la gobernanza de enfermería en el ambiente hospitalario. Investigación de métodos mixtos con triangulación concomitante entre datos de un estudio transversal con 106 enfermeros y una Teoría Fundamentada en los Datos con 63 participantes. Los datos cuantitativos fueron recolectados por medio del Nursing Work Index-Revised (NWI-R) y analizados por medio de análisis estadística. Los datos cualitativos fueron obtenidos con entrevistas, viñetas y analizados mediante codificación inicial y focalizados. El ambiente hospitalario es favorable a la gobernanza de la práctica de Enfermería por los enfermeros. Los enfermeros consideraron tener autonomía, control sobre el ambiente, buenas relaciones con los médicos y soporte organizacional. Fue identificada asociación estadística entre la gobernanza de la práctica de enfermería y la satisfacción laboral. La experiencia profesional fue considerada relevante para el control sobre el ambiente, sin embargo sólo la variable satisfacción laboral mostró significación estadística.

DESCRIPTORES: Supervisión de Enfermería. Gerencia. Evaluación de Servicios de Salud. Gestión Clínica.

INTRODUÇÃO

Desde os anos de 1980, observa-se a existência de um movimento em busca da reorganização das estruturas e dos modelos de gestão hospitalar em nível mundial. Esse fenômeno originou-se a partir das mudanças do perfil epidemiológico da população, dos avanços científicos e tecnológicos, do aumento dos custos com a prestação de cuidados de saúde e da preocupação crescente com a qualidade dos

resultados assistenciais (PORTER-O'GRADY, HAWKINS; PARKER, 1997).

Um dos modelos que têm sido projetados diante desse cenário de transformações é a governança compartilhada. Trata-se de um modelo de prática profissional norte-americano que adota princípios sistêmicos para integrar as partes interessadas na realização das ações de cuidado e criar uma organização calcada nos princípios de parceria, equidade, prestação de contas e responsabilização, visando à excelência assistencial (PORTER-O'GRADY; HAWKINS; PARKER, 1997; HESS, SWIHART, 2013).

A Enfermagem foi uma das primeiras profissões a adotar a filosofia de governança compartilhada e promover mudanças estruturais que possibilitam maior autonomia, controle sobre a prática profissional e participação nos processos decisórios aos enfermeiros (PORTER-O'GRADY; HAWKINS; PARKER, 1997). Assim, governança profissional de enfermagem refere-se essencialmente aos processos e as estruturas que influenciam a prática de enfermagem em uma organização (BARDEN *et al.*, 2011; BENNETT *et al.*, 2012). A partir da adoção de modelos de governança compartilhada em enfermagem, estudos têm identificado impactos positivos na satisfação profissional entre enfermeiros e melhoria da qualidade assistencial no ambiente hospitalar (ROBERTSON-MALT; CHAPMAN, 2008; MOORE; WELLS, 2010; MOORE, HUTCHISON, 2011; SANTOS *et al.*, 2013).

Na Enfermagem Brasileira, os princípios do modelo de governança compartilhada ainda são pouco difundidos, assim como é escassa a utilização do próprio conceito de governança no âmbito da gestão de enfermagem hospitalar. Os modelos de organização e gestão do trabalho nos hospitais brasileiros estão calcados principalmente na burocracia profissional e mecanicista. As hierarquias decorrentes dessas estruturas produzem não só a fragmentação das relações profissionais e do cuidado, mas também disputas e conflitos, os quais dificultam o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade, comprometendo a qualidade da assistência (VAGHETTI *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2013).

Nesse sentido, ao considerar os resultados positivos advindos da implementação da governança compartilhada em outros países, acredita-se que os princípios desse modelo representam uma possibilidade a ser explorada no processo de construção de novas práticas gerenciais que tem sido promovido e incentivado por pesquisadores da área de Administração em Enfermagem no Brasil (BERNARDES *et al.*, 2011;

MUNARI *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2011; OKAGAWA; BOHOMOL; CUNHA, 2012; CARVALHO *et al.*, 2013).

A implantação e implementação da governança compartilhada é um processo contínuo, que tem início com uma análise diagnóstica das características do ambiente profissional. Além disso, também é importante conhecer as opiniões e expectativas dos enfermeiros em relação à autonomia, tomada de decisão, liderança e gestão na instituição, que estão presentes na prática de enfermagem. Esses aspectos são importantes para que as estruturas de governança projetadas sejam viáveis e possam ser mantidas ao longo do tempo (THOMPSON *et al.*, 2004; ANTHONY, 2004; SANTOS *et al.*, 2013). Assim, delinear-se as seguintes questões de pesquisa: Como os enfermeiros avaliam o seu ambiente de prática profissional para o exercício da governança de enfermagem? Quais variáveis ou aspectos estão associados à governança de enfermagem no ambiente hospitalar?

Dessa forma, este estudo teve como objetivo avaliar o ambiente da prática profissional do enfermeiro e identificar variáveis associadas à governança de enfermagem no contexto hospitalar.

MÉTODOS

Este estudo origina-se de uma pesquisa de métodos mistos com triangulação concomitante de dados realizada em um hospital universitário da região Sul do Brasil, que combinou duas abordagens metodológicas por meio de um estudo quantitativo com delineamento transversal e uma pesquisa qualitativa ancorada nos preceitos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

A população elegível para o estudo quantitativo foi de 162 enfermeiros, dos quais 132 atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: exercício de atividades assistenciais e tempo de experiência igual ou maior a três meses no atual local de trabalho. Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que estavam ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza. Ao considerar os sujeitos aptos a participar do estudo, nove negaram-se a participar da pesquisa e 17 não devolveram os instrumentos. Portanto, obteve-se 26 (19,7%) perdas e 106 (80,3%) de representatividade para a pesquisa, que corresponde à população acessada.

Na coleta dos dados quantitativos, aplicaram-se dois instrumentos autor respondidos: uma ficha de caracterização pessoal, profissional e do ambiente de trabalho e a versão brasileira do *Nursing Work Index - Revised* (NWI-R).

O NWI-R tem por objetivo mensurar a presença de características do ambiente de trabalho que contribuem para a prática profissional do enfermeiro e foi traduzido, adaptado e validado para uso no contexto brasileiro (GASPARINO 2008; GASPARINO GUIRARDELLO, 2009; GASPARINO, GUIRARDELLO, AIKEN, 2011). Tem sido utilizado com boa confiabilidade nos Estados Unidos, no Canadá e em países europeus (SLATER et al., 2010; MEULEMANS, VAN DE HEYNING, 2009). Nele constam 57 itens, dos quais 15 foram selecionados e distribuídos conceitualmente em três subescalas: autonomia (5 itens), relação entre médicos e enfermeiros (3 itens) e controle sobre o ambiente (7 itens). Dentre os 15 itens, 10 foram agrupados e derivaram a quarta subescala: suporte organizacional.

A avaliação da confiabilidade da versão brasileira do NWI-R por meio do coeficiente alfa de Cronbach resultou em consistência interna satisfatória para todas as subescalas (GASPARINO, GUIRARDELLO, AIKEN, 2011; PUNUNTO, 2013). No presente estudo, obteve-se um alfa de Cronbach 0,86 para autonomia, 0,87 para controle sobre o ambiente, 0,91 para relações entre médicos e enfermeiros e 0,82 para suporte organizacional.

A escala de medida utilizada no NWI-R é do tipo Likert, cuja pontuação varia entre um a quatro pontos. O participante é solicitado a responder se concorda ou não com a afirmativa “esse fator está presente no meu trabalho diário” com as opções: concordo totalmente (um ponto); concordo parcialmente (dois pontos); discordo parcialmente (três pontos) e discordo totalmente (quatro pontos), ou seja, quanto menor a pontuação, maior a presença de atributos favoráveis à prática profissional do enfermeiro. Consideram-se valores abaixo de 2,5 representando ambientes favoráveis à prática profissional e acima de 2,5 pontos ambientes desfavoráveis (AIKEN; PATRICIAN, 2000; GASPARINO, 2008; GASPARINO, GUIRARDELLO, AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013).

Os dados coletados foram tabulados no programa Excel®, versão 2013, e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 19.0. Para descrever o perfil da amostra e do ambiente profissional, utilizou-se estatística descritiva com elaboração de tabelas de frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis categóricas e cálculo de medidas de posição e dispersão (média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis contínuas. Para a comparação entre grupos, foi utilizada a análise de variância (ANOVA) e o Teste de *Bonferroni* ou *Teste de Tukey*, devido à normalidade dos dados e a homogeneidade das

variâncias. Os testes estatísticos foram considerados significativos quando p -valor $< 0,05$.

Para a amostragem teórica do estudo qualitativo, foram constituídos três grupos amostrais, perfazendo um total de 63 participantes: 1º) 32 enfermeiros assistenciais (E1-E32); 2º) 13 enfermeiros gerentes (E33-E45); e, 3º) 18 profissionais da equipe de saúde (E46-E63). No primeiro e segundo grupos amostrais foram incluídos representantes das quatro divisões nas quais o serviço de enfermagem está estruturado na instituição: Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório, Divisão de Enfermagem Médica, Divisão de Enfermagem Cirúrgica e Divisão de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. No grupo de profissionais da equipe de saúde, foram incluídos nove técnicos ou auxiliares de enfermagem, cinco médicos, dois psicólogos, um nutricionista e um fonoaudiólogo.

Os dados foram coletados por meio de vinhetas (POLIT; BECK, 2011) e entrevistas intensivas (CHARMAZ, 2009), as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise dos dados foi realizada no software NVIVO®, versão 10, em duas etapas principais: 1) uma fase inicial com denominação de cada segmento de dado, seguido por 2) uma fase seletiva e focalizada que utiliza códigos iniciais mais significativos ou frequentes para classificar, integrar, sintetizar e organizar os dados em eixos de análise ou categorias e subcategorias (CHARMAZ, 2009). Ressalta-se que neste estudo serão apresentados apenas fragmentos de dados das categorias do estudo qualitativo, que foram integrados aos resultados quantitativos.

A coleta de dados quantitativos e qualitativos abrangeu o período entre novembro de 2012 e novembro de 2013. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de referência (Processo nº 144.436 e CAAE: 09885612.1.0000.0121) e os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 106 enfermeiros que atuavam em diferentes setores hospitalares: 32 (30,2%) trabalhavam em Clínica Médica, 32 (30,2%) em Maternidade e Pediatria, 28 (26,4%) em Emergência e Ambulatório e 14 (13,2%) em Clínica Cirúrgica. As características pessoais, profissionais e do ambiente profissional dos participantes do estudo estão apresentadas na Tabela 1.

As características do ambiente da prática profissional, segundo o NWI-R, foram avaliadas por meio das médias, do desvio-padrão, da mediana e da variação da pontuação dos sujeitos, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 1 – Caracterização pessoal, profissional e do ambiente de trabalho dos enfermeiros (n=106). Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

Variável	n=106
Idade, anos*	38,08 ± 9,45
Sexo, feminino†	98 (92,5)
Estado civil, casado	53 (50)
Experiência profissional, anos	13,66 ± 9,46
Experiência na instituição, anos	12 ± 9,69
Experiência no setor, anos	7,8 ± 7,53
Formação, especialização <i>Lato Sensu</i>	49 (46,2)
Turno de trabalho, noite	34 (32,1)
Carga horária semanal, horas	37,41 ± 11,80
Outro vínculo empregatício, não	89 (84)
Relação enfermeiro/paciente	19,51 ± 13,06
Qualidade do cuidado, boa	79 (74,5)
Satisfação no trabalho, satisfeito	73 (68,9)
Intenção de deixar o emprego, (0-10)	2,04 ± 3,33

* Variáveis contínuas apresentadas como média ± desvio-padrão

† Variáveis categóricas expressas como n (%)

Tabela 2 – Características do ambiente da prática profissional de acordo com os setores hospitalares (n=106). Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

Subescalas/Setores	Média	Desvio Padrão	Mediana	Variação	
				Mínimo	Máximo
Autonomia					
Emergência e Ambulatório	1,90	0,44	2	1	2,8
Clínica Médica	2,15	0,58	2,2	1,2	3,4
Clínica Cirúrgica	2,24	0,38	2,3	1,4	2,8
Maternidade e Pediatria	2,08	0,52	2	1,2	3,2
Controle sobre o ambiente					
Emergência e Ambulatório	2,48	0,53	2,42	1,14	3,71
Clínica Médica	2,48	0,58	2,42	1,43	3,86
Clínica Cirúrgica	2,73	0,49	2,78	2	3,43
Maternidade e	2,37	0,52	2,28	1,57	3,43

Pediatría					
Relações entre médicos e enfermeiros					
Emergência e Ambulatório	2,06	0,54	2	1	3
Clínica Médica	1,99	0,61	2	1	3,67
Clínica Cirúrgica	2,67*	0,41	2,66	1,67	3,33
Maternidade e Pediatría	2,16	0,39	2	1,33	3
Suporte organizacional					
Emergência e Ambulatório	2,17	0,48	2,2	1	3
Clínica Médica	2,15	0,40	2,2	1,2	2,9
Clínica Cirúrgica	2,45	0,41	2,55	1,8	3
Maternidade e Pediatría	2,17	0,36	2,2	1,4	2,8
Total NWI-R					
Emergência e Ambulatório	2,15	0,50	2,16	1,04	3,13
Clínica Médica	2,19	0,54	2,21	1,21	3,46
Clínica Cirúrgica	2,52	0,42	2,57	1,72	3,14
Maternidade e Pediatría	2,20	0,45	2,12	1,38	3,11

ANOVA seguido de *Teste de Bonferroni*

* $p < 0,05$

Na Tabela 2, exceto para o setor da clínica cirúrgica, todas as pontuações estão abaixo do ponto médio 2,5, o que indica ambientes mais favoráveis do que desfavoráveis para a governança da prática de enfermagem. A relação entre médicos e enfermeiros na clínica cirúrgica em relação aos outros três setores hospitalares foi a única associação estatisticamente significativa identificada. No entanto, há diferenças evidentes entre as médias das subescalas dos quatro setores. Assim, pode-se interpretar que os enfermeiros da emergência e ambulatório possuem maior autonomia profissional, enfermeiros dos setores de maternidade e pediatria têm maior controle sobre o ambiente e as relações entre médicos e enfermeiros são melhores nas unidades de clínica médica, onde também é maior a percepção de suporte organizacional.

De forma semelhante, na etapa qualitativa do estudo, os enfermeiros dos setores de clínica cirúrgica revelaram relações conflituosas com os médicos, principalmente quanto à padronização das condutas para realização de curativos neste setor:

Eu vejo que tem na prescrição médica curativos que não devem ser mais feitos daquele modo, [...] colocamos na nossa prescrição algo diferente daquilo que foi prescrito pela médico e isso acaba criando, querendo ou não, uma confusão na cabeça do técnico [...] às vezes, nós tentamos discutir essa questão com os médicos, mas encontramos resistência [...] e curativo é algo que o enfermeiro pode dizer como fazer [...] (P2).

[...] eu já trabalhei na clínica cirúrgica e as relações com os cirurgiões eram muito complicadas. Quando eu fui para a pediatria, uma das coisas que mais me encantou foi a relação com a equipe médica (P34).

[...] tem uma polêmica bem grande entre o pensamento e a maneira de se fazer o curativo da medicina, principalmente da cirurgia vascular. Nós tivemos momentos bastante difíceis este ano, bem conflitantes mesmo [...] (P43).

Em contrapartida, em unidades como Emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os enfermeiros referiram maior autonomia e uma relação mais próxima com os médicos. Nestes locais, o diálogo é melhor entre essas duas categorias profissionais e há ações previamente pactuadas, principalmente no atendimento de intercorrências e casos de urgência:

Na clínica, quando tem alguma dúvida em relação a algum medicamento ou procedimento, é mais difícil falar com o médico. Já na UTI, não temos esse problema, é bem mais tranquilo trabalhar (P9).

Os médicos sempre nos solicitam [na Emergência], perguntam o que eles podem fazer. Há uma boa interação com toda a equipe de medicina (P16).

Na Emergência, se tem autonomia para praticamente tudo e uma conversa muito direta

com os médicos. Há muitas coisas que nós já fazemos sem uma solicitação prévia deles (P39).

Quanto à relação entre as quatro subescalas do NWI-R da Tabela 2 e as variáveis apresentadas na Tabela 1, só foi identificada associação estatística com a variável satisfação no trabalho, conforme descrito na Tabela 4. Dessa forma, enfermeiros com autonomia, controle sobre o ambiente, boas relações com os médicos e suporte organizacional sentem-se mais satisfeitos no trabalho, o que favorece a governança da prática de enfermagem.

Tabela 3 – Relação entre as subescalas do NWI-R e satisfação no trabalho (n=106). Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

Subescalas do NWI-R	Satisfação no trabalho					
	Muito satisfeito		Satisfeito		Insatisfeito e muito insatisfeito	
	Média	DP*	Média	DP	Média	DP
Autonomia	1,5**	0,5	2,11**	0,50	2,22**	0,4
Controle sobre o ambiente	2,02**	0,49	2,46**	0,51	2,74**	0,49
Relações entre médicos e enfermeiros	1,66**	0,49	2,17**	0,49	2,26**	0,46
Suporte organizacional	1,7**	0,41	2,21**	0,35	2,39**	0,39

ANOVA seguido de *Teste de Tukey*

* *Desvio Padrão* ** $p < 0,05$

Apesar dos dados quantitativos não mostrarem relação estatística entre a governança de enfermagem e o tempo de experiência profissional ou atuação na instituição/setor dos enfermeiros, essa variável foi considerada importante pelos participantes do estudo na etapa qualitativa para a obtenção do controle sobre o ambiente de trabalho:

O controle da situação e ambiente de trabalho [...] vem com o tempo. É necessário no mínimo um ano para você saber o que fazer quando surgir um problema novo, para você ter a capacidade de ficar calmo e pensar no que precisa fazer (P16).

Quando eu comecei foi bem difícil para ter autonomia, por medo, insegurança de não ter a

prática [...]. Então, posso dizer que minha autonomia veio com a experiência e o contato com os demais profissionais que trabalham comigo (P20).

Os enfermeiros mais antigos acabam tendo mais facilidade, porque conhecem melhor as pessoas (P40).

Dos 106 enfermeiros que compuseram a amostra do estudo, 12 (11,3%) exerciam o cargo de chefia do serviço de enfermagem. Assim, a Tabela 4 mostra os resultados das subescalas do NWI-R para enfermeiros chefes de serviço e enfermeiros assistenciais.

Tabela 4 – Média, desvio-padrão, mediana e variação das subescalas do NWI-R entre enfermeiros chefes de serviço e assistenciais (n=106). Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

		Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Autonomia	Enfermeiro assistencial	2,09	0,51	2	1,00	3,40
	Chefe de serviço	1,93	0,45	2	1,20	2,60
	Total	2,07	0,50	2	1,00	3,40
Controle sobre o ambiente	Enfermeiro assistencial	2,46	0,54	2,42	1,14	3,86
	Chefe de serviço	2,59	0,54	2,64	1,57	3,43
	Total	2,48	0,54	2,42	1,14	3,86
Relações entre médicos e enfermeiros	Enfermeiro assistencial	2,16	0,54	2	1,00	3,67
	Chefe de serviço	2,02	0,54	2	1,33	2,67
	Total	2,14	0,54	2	1,00	3,67
Suporte organizacional	Enfermeiro assistencial	2,20	0,41	2,2	1,00	3,00
	Chefe de serviço	2,21	0,42	2,2	1,60	2,70
	Total	2,20	0,41	2,2	1,00	3,00
Total NWI-R	Enfermeiro assistencial	2,22	0,39	2,22	1,30	3,11

Chefe de serviço	2,15	0,39	2,26	1,60	2,77
Total	2,21	0,39	2,2	1,30	3,11

Em relação ao exercício do cargo gerencial, também não houve associação estatística entre essa variável e as médias das quatro subescalas do NWI-R. Porém, algumas inferências são possíveis a partir dos dados da Tabela 4. O valor da média para o total do NWI-R sugere, por exemplo, que o ambiente profissional dos enfermeiros chefes de serviço é mais favorável à governança da prática de enfermagem, os quais têm maior autonomia e melhores relações com os médicos. Os enfermeiros assistenciais, por sua vez, possuem melhor controle sobre o ambiente e maior suporte organizacional.

Porém, nos resultados qualitativos foram evidenciadas diferenças em relação a esses aspectos. Os enfermeiros assistenciais reportaram maior autonomia e controle sobre o ambiente. Os enfermeiros gerentes, por sua vez, sinalizaram dificuldades diante de entraves organizacionais que limitam a resolatividade e efetividade das suas ações, principalmente diante de trâmites burocráticos e das dificuldades da gestão de pessoas nos serviços públicos:

[...] a chefia sofre muito, porque as pessoas olham, por exemplo, aquele frigobar estragado há um mês e pensam que a chefia não faz nada, mas são os trâmites burocráticos que atrapalham [...] (P6).

[...] numa instituição pública, não se tem a autonomia de demitir um funcionário, pois tem a estabilidade do concurso público. Então, muitos deles pensam que não precisa demonstrar habilidade, nem comprometimento [...] (P11).

[...] eu atuo como chefe, mas para a maior parte das minhas atividades eu preciso do aval da chefia de divisão, por exemplo, a cobertura de plantão: se eu preciso pagar horas extras, tenho que ir até a chefia de divisão porque ela distribui esse tipo de hora plantão. Vamos supor uma solicitação de compra, compra direta eu não posso emitir para o setor de compras, eu tenho

que passar pela chefia de divisão para ela autorizar [...] (P39).

[...] enquanto que na assistência depende mais do enfermeiro que está ali resolver os problemas que surgem, na chefia as coisas não dependem diretamente de mim (P43).

[...] o que eu percebo que é mais forte aqui é a autonomia como enfermeiro da assistência (P44).

Assim, a despeito dos desafios que envolvem o exercício gerencial, pode-se considerar que o ambiente de trabalho desses dois grupos de enfermeiros é semelhante. Enfermeiros gestores, apesar do cargo gerencial que exercem, não demonstram maior governança da prática profissional de enfermagem.

DISCUSSÃO

O grupo de enfermeiros participantes deste estudo é formado majoritariamente por adultos jovens e do sexo feminino, o que corrobora a trajetória histórica da profissão.

Quanto ao tempo de atuação profissional, identificou-se que as médias do tempo de experiência profissional e na instituição são superiores em relação ao período de atuação no setor. Isso indica a existência de uma alta rotatividade dos enfermeiros entre os setores de trabalho e pode explicar o fato de não ter sido identificada uma associação significativa entre essa variável e a governança dos enfermeiros.

No tangente à formação, destaca-se a alta qualificação profissional dos enfermeiros, pois 96 (90,6%) eram pelo menos especialistas, nível de formação maior do que o identificado em outros estudos brasileiros (GASPARINO, GUIARDELLO, AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIARDELLO, 2013) e mesmo de outros países (POGHOSYAN, AIKEN, SLOANE, 2009; HINNO *et al.*, 2012; DESMEDT *et al.*, 2012, TITZER, SHIREY, HAUCK, 2014). Tal formação profissional pode ser justificada pela vinculação acadêmica da instituição em que os dados foram coletados, pois hospitais universitários tendem a incentivar e valorizar o desenvolvimento profissional da equipe de trabalho. Apesar desses índices diferenciados, a variável formação profissional não foi relacionada diretamente à governança dos enfermeiros nesta pesquisa.

A maioria dos profissionais tem apenas um vínculo empregatício, com carga horária semanal média de 37,41 horas. Tal número é inferior ao relatado por estudos anteriores (GASPARINO, GUIARDELLO, AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIARDELLO, 2013). A menor jornada de trabalho semanal pode ser explicada em função do melhor rendimento salarial dos enfermeiros do hospital universitário em relação aos demais serviços de saúde da região.

Os enfermeiros relataram serem responsáveis, em média, por 19,51 pacientes. A variação obtida neste quesito pode ser explicada pela diversidade no perfil dos pacientes atendidos de unidades em que os dados são originários. Na Emergência, por exemplo, enfermeiros chegam a ser responsáveis por 70 pacientes em um turno de trabalho.

Quanto à intenção de deixar o emprego nos próximos doze meses, a média apresentada pelos profissionais deste estudo foi menor do que a média apresentada por enfermeiros brasileiros em pesquisas anteriores (GASPARINO, GUIARDELLO, AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIARDELLO, 2013). De forma coerente, a maioria deles relatou satisfação com o trabalho atual. Em relação ao cuidado, eles percebem que ele é oferecido com boa qualidade.

O ambiente da prática profissional para a governança de enfermagem foi avaliado por meio do NWI. Com exceção do setor de clínica cirúrgica, todas as médias obtidas estão abaixo do ponto médio 2,50 que mostra ambientes mais favoráveis do que desfavoráveis. Dessa forma, pode-se afirmar que os enfermeiros julgaram ter autonomia, controle sobre o ambiente, boas relações com os médicos e suporte organizacional para a governança da prática de enfermagem.

O escore médio total do NWI-R (2,21) obtido neste estudo assemelha-se aos resultados de pesquisas brasileiras anteriores que utilizaram o mesmo instrumento (GASPARINO, GUIARDELLO, AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIARDELLO, 2013). No entanto, este é um resultado aquém do apresentado por hospitais que adotam modelos de gestão com princípios de governança compartilhada (MCGILLIS, DORAN, 2007; SLATER; McCORMACK, 2010; DESMEDT *et al.*, 2012). Estudo realizado em hospitais magnéticos/magnetos dos Estados Unidos obtiveram índices ainda melhores para o NWI-R. A média total e das subescalas do instrumento variaram entre 1,35 a 1,48, o que retrata ambientes altamente favoráveis à governança da prática profissional de enfermagem (CLAVELLE; O'GRADY; DRENKARD, 2013).

A média desfavorável do NWI-R no setor da clínica cirúrgica pode ser explicada pela dificuldade de relacionamento com os médicos.

Pesquisa australiana também identificou piores relações entre médicos e enfermeiros em unidades de tratamento clínico-cirúrgico em comparação a outros cenários hospitalares, como, por exemplo, unidades de saúde mental. Nesse tipo de unidade, fortes relações interdisciplinares são descritas como uma consequência natural da especificidade do trabalho realizado (MICHAEL et al., 2010).

Estudo multicêntrico (Canadá, Irlanda, Austrália e Coreia) identificou que um dos principais motivos de conflitos entre médicos e enfermeiros é a diferença entre a filosofia de trabalho dessas categorias profissionais. Enquanto enfermeiros pautam a sua atuação no cuidado biopsicossocial dos pacientes, médicos tendem a valorizar o tratamento clínico da patologia que acomete o indivíduo hospitalizado. Além disso, condutas recomendadas por médicos costumam ser mais respeitadas do que prescrições de enfermeiros no ambiente hospitalar (MALLOY et al., 2009). Assim, como os cirurgiões ocupam uma posição central no processo assistencial em unidades cirúrgicas é compreensível que enfermeiros tenham maiores dificuldades no seu exercício profissional e, conseqüentemente, na governança da prática de enfermagem nesses setores.

Dificuldades de relacionamento com os médicos geram frustração, sofrimento moral e insatisfação entre enfermeiros (MALLOY et al., 2009). Esse é um aspecto interessante a ser observado no cenário investigado, pois as quatro subescalas do NWIR apresentaram associação estatística com a variável Satisfação no trabalho, sinalizando, portanto, uma relação mútua entre governança da prática de enfermagem e satisfação profissional dos enfermeiros. Tal relação já tem sido descrita também por estudos anteriores (JOURDAIN, CHENEVERT, 2010; GASPARINO, GUIARDELLO, AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIARDELLO, 2013; WANG, LIU, WANG, 2013).

As características demográficas e profissionais dos enfermeiros não apresentaram relação significativa com a governança da prática de enfermagem, da mesma forma como relatado por outros estudos (OVERCASH; PETTY; BROWN, 2012; CLAVELLE, O'GRADY, DRENKARD, 2013). Isso pode ser atribuído à multiplicidade de fatores que influenciam tais variáveis ou ao fato de que a amostra desta pesquisa pode não ter sido grande o suficiente para identificar tais relações.

Nos dados qualitativos, destacaram-se nos depoimentos dos enfermeiros menções de que a experiência profissional é fundamental para a governança da prática de enfermagem. Tal crença é confirmada

pela literatura, segundo a qual a experiência profissional confere maior segurança e sabedoria para condução da prática de enfermagem (DALE et al, 2013). Enfermeiros experientes podem resolver ou antever situações mais facilmente do que enfermeiros recém-formados, em função das experiências acumuladas (OVERCASH, PETTY, BROWN, 2012; LASCHINGER, WONG, GRAU, 2013). Apesar da importância da experiência profissional, o conhecimento científico também é fundamental para obtenção da governança da prática de enfermagem, pois confere evidências para o processo decisório (DALE et al, 2013), que não pode ser baseado apenas em métodos de tentativa e erro, com repetição e perpetuação de ações e atitudes consideradas exitosas.

Também não houve relação estatística significativa entre o exercício do cargo de chefe do serviço de enfermagem e governança da prática profissional. Isso indica que o ambiente de prática profissional de gestores de enfermagem e enfermeiros assistenciais é semelhante, e sugere a existência de relações colaborativas entre esses dois grupos visando à governança da prática profissional. Tal achado reforça os resultados de um estudo brasileiro no qual o trabalho em equipe foi considerado uma das três competências mais importantes para gestores de enfermagem, como profissionais que promovem a integração dos membros de sua equipe em prol de melhores resultados organizacionais (FURUKAWA, CUNHA, 2011).

Pesquisa chinesa, por outro lado, identificou que os enfermeiros gestores adotam uma postura autocrática em relação aos enfermeiros assistenciais, conferindo-lhes limitado poder nos processos de tomada de decisão, criando um ambiente de trabalho insalubre e que compromete a qualidade do cuidado (SU; JENKINS; LIU, 2011). Um contexto de trabalho no qual não há compartilhamento de decisões compromete a socialização de saberes que podem potencializar o crescimento individual com o coletivo, a aprendizagem da convivência com a diversidade e o uso da criatividade dos seus integrantes. Diante da complexidade do ambiente de trabalho hospitalar, é importante que as relações, interações e interconexões entre enfermeiros gestores e equipe de enfermagem se processem de forma dinâmica e dialógica.

Conforme indicam os resultados qualitativos desta investigação, outro achado relevante em relação ao exercício do cargo de chefe do serviço de enfermagem é que estes enfermeiros têm um limitado poder estrutural no contexto organizacional da instituição. Na literatura, há registros de que empoderamento estrutural dos enfermeiros não costuma aumentar à medida que se sobe na hierarquia organizacional (LASCHINGER; SHAMIAN 1994, PATRICK; LASCHINGER 2006,

LASCHINGER *et al.*, 2012) e gestores de enfermagem, muitas vezes, possuem menos poder do que gerentes de outras áreas hospitalares (SU, JENKINS, LIU, 2011). Gestores empoderados, no entanto, podem empoderar outros e são mais propensos a fazê-lo do que aqueles que não se sentem habilitados a tal. Além disso, quando enfermeiros percebem que os seus gestores têm influência na organização, eles são mais propensos a se sentirem empoderados também (LASCHINGER SHAMIAN, 1994; LASCHINGER *et al.*, 2012), o que pode gerar maior satisfação profissional e melhores resultados assistenciais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que o ambiente hospitalar estudado é favorável à governança da prática profissional de enfermagem pelos enfermeiros. Os enfermeiros julgaram ter autonomia, controle sobre o ambiente, boas relações com os médicos e suporte organizacional para a governança da prática de enfermagem.

Em relação aos setores hospitalares, constatou-se que os enfermeiros da emergência e ambulatório possuem maior autonomia profissional, enfermeiros dos setores de maternidade e pediatria têm maior controle sobre o ambiente e as relações entre médicos e enfermeiros são melhores nas unidades de clínica médica, onde também é maior a percepção de suporte organizacional. Apenas no setor clínica cirúrgica, o NWI-R obteve média desfavorável, o que pode ser explicada qualitativamente pela dificuldade de relacionamento com os médicos.

Quanto às características pessoais, profissionais e do ambiente de trabalho dos enfermeiros, foi identificada associação estatística com a variável satisfação no trabalho. Dessa forma, enfermeiros com autonomia, controle sobre o ambiente, boas relações com os médicos e suporte organizacional sentem-se mais satisfeitos no trabalho, o que favorece a governança da prática de enfermagem. Embora os dados quantitativos não tenham mostrado relação estatística entre a governança de enfermagem e o tempo de experiência profissional, essa variável foi considerada relevante pelos enfermeiros na etapa qualitativa do estudo.

Também não houve associação estatística entre o exercício do cargo gerencial e as médias das quatro subescalas do NWI-R. No entanto, de acordo com o valor da média para o total do NWI-R, o ambiente profissional dos enfermeiros chefes de serviço é mais favorável à governança da prática de enfermagem. Nos resultados

qualitativos, os enfermeiros assistenciais reportaram maior autonomia e controle sobre o ambiente. Os enfermeiros gerentes, por sua vez, sinalizaram dificuldades diante de entraves organizacionais que limitam a resolutividade e efetividade das suas ações.

É importante que a Enfermagem busque transcender aspectos desfavoráveis relacionadas à governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar fortalecendo-se como disciplina científica própria e com atributos diferenciados. A autonomia e o reconhecimento profissional virão a partir de práticas e posturas empreendedoras e inovadoras que fortaleçam o exercício da profissão, e não a partir de disputas com outros profissionais.

O estudo apresenta como limitação a amostra da etapa quantitativa, que foi pequena (n=106) e corresponde apenas a um hospital da Região Sul do Brasil. Estudos com um maior número de participantes e incluindo outros cenários hospitalares poderão gerar informações mais representativas acerca do fenômeno investigado.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L.H.; PATRICIAN, P.A. Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. **Nursing Research**, v. 49, n.3, p.146–153, 2000.

BARDEN, A.M. et al. Shared governance and empowerment in registered nurses working in a Hospital Setting. **Nursing Administration Quarterly**, v.35, n.3, p.212-218, 2011.

BENNETT, P.N. et al. Professional Nursing Governance in a large Australian health service. **Contemporary Nurse**, v.43, n.1, p. 99–106, 2012.

BERNARDES, A. et al. Collective and decentralized management model in public hospitals: perspective of the nursing team. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n.4, p. 1003-1010, 2011.

CARVALHO, M.C. et al. Work values and practices which characterize the organizational culture of a public hospital. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.22, n.3, p.746-753, 2013.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

CLAVELLE, J.T.; O'GRADY, T.P.; DRENKARD, K. Structural empowerment and the nursing practice environment in Magnet® organizations. **Journal of Nursing Administration**, v.43, n.11, p.566-73, nov. 2013.

DALE, J.C. et al. Novice to Expert: the evolution of an advanced practice evaluation tool. **Journal of Pediatric Health Care**, v.27, n.3, p.195-201, 2013.

DESMEDT, M; DE GEEST, S; SCHUBERT, M; SCHWENDIMANN, R; AUSSERHOFER, D. A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research. **Swiss Medical Weekly**, v. 21, n. 142, w13733, 2012.

FURUKAWA, P.O.; CUNHA, I.S.K.O. Profile and competencies of nurse managers at accredited hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.1, p. 106-114, 2011.

GASPARINO, R.C.; GUIRARDELLO, E.B.; AIKEN, L.H. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). **Journal of Clinical Nursing**, v.20, n.23-24, p. 3494-501, 2011.

HESS, R.G.; SWIHART, D. Shared Governance: what it can mean for nurses. **Nursing Spectrum**, v. 25, n.1, p. 38-43, jan. 2013.

HINNO, S.; PARTANEN, P.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v.26, n. 1, p. 133-143, mar. 2012.

JOURDAIN, G, CHENEVERT, D. Job demands—resources, burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v.74, p. 709–722, 2010.

LASCHINGER, H.K.S.; SHAMIAN, J. Staff nurses and nurse managers perceptions of job-related empowerment and managerial self-efficacy. **Journal of Nursing Administration**, v.24, n.10, p.38–47, 1994.

LASCHINGER, H.K.; WONG, C.A.; GRAU, A.L. Authentic leadership, empowerment and burnout: a comparison in new graduates and experienced nurses. **Journal of Nursing Management**, v. 21, n.3, p.541-552, 2013.

LASCHINGER, H.K.S. et al. The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes. **Journal of Nursing Management**, v. 20, n.7, p.877-888, out. 2012.

MCGILLIS HALL, L; DORAN, D. Nurses' perceptions of hospital work environments. **Journal of Nursing Management**, v. 15, n. 3, p. 264-73, 2007.

MALLOY, D.C. et al. Culture and Organizational Climate: Nurses' Insights into their Relationship with Physicians. **Nursing Ethics**, v.16, n.6, p.719-733, 2009.

MUNARI, D. B. et al. The setting of research production by nursing and management graduate programs in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.45, n.spe, p. 1543-1550, 2011.

OVERCASH, J.; PETTY, L.J.; BROWN, S. Perceptions of shared governance among nurses at Midwestern Hospital. **Nursing Administration Quarterly**, v.35, n4, p. E1-E11, 2012.

POLIT; D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POGHOSYAN, L.; AIKEN, L.H.; SLOANE, D.M. Factor structure of the Maslach burnout inventory: an analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, n. 7, p. 894-902, jul. 2009.

OKAGAWA, F. S.; BOHOMOL, E. ; CUNHA, I. C. K. O. Specialization in nursing management- distance learning in Brazil: Importance and application from the student perspective. **Journal of**

Nursing Education and Practice, v. 2, n.4, p. 56-65, 2012. Disponível em: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/815/741>

OVERCASH, J.; PETTY, L. J.; BROWN, S. Perceptions of Shared Governance Among Nurses at a Midwestern Hospital. **Nursing Administration Quarterly**, v.36, n.4, p.E1–E11, Out/Dez. 2012.

PATRICK, A.; LASCHINGER, H.K.S. The effect of empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction. **Journal of Nursing Management**, v.14, n.1, p.13–22, 2006.

PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, n.3, p. 765-772, 2013.

PORTER-O'GRADY, T.; HAWKINS, M.; PARKER, M. **Whole Systems Shared Governance: Architecture for Integration**, 1. ed. Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication, 1997. 323 p.

ROCHE, M.A; DUFFIELD, C.M. Comparison of the Nursing Practice Environment in Mental Health and Medical-Surgical Settings. **Journal of Nursing Scholarship**, v.42, Issue 2, pages 195–206, June 2010.

SANTOS, J.L.G. et al. Communication conceptions in Hospital Nursing Management between head nurses in a University Hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.4, p. 959-965, 2011.

SANTOS, J. L. G. et al. Governança em enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 47, n. 6, p. 1417-1425, 2013.

SLATER, P.; McCORMACK, B. An exploration of the factor structure of the nursing work index. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 4, n. 1, p. 30-39, 2007.

SU, S.F.; JENKINS, M.; LIU, P.E. Nurses' perceptions of leadership style in hospitals: a grounded theory study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 1-2, p.272–280, 2011.

THOMPSON, B. et al. A journey, not an event: implementation of shared governance in a NHS trust. **Online Journal of Issues in Nursing - American Nurses Association**, v.9, n.1, p.6, jan. 2004.

VAGHETTI, H.H. et al. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n.1, p.87-89, jan. 2011.

TITZER, J.L.; SHIREY, M.R.; HAUCK, S. A nurse manager succession planning model with associated empirical outcomes. **Journal of Nursing Administration**, v.44, n.1, p.37-46, jan. 2014.

WANG, S; LIU, Y, WANG, L. Nurse burnout: Personal and environmental factors as predictors. **International Journal of Nursing Practice**. 2013 Nov 15. doi: 10.1111/ijn.12216. [Epub ahead of print]

4.3.2 Artigo 4 – Características organizacionais da governança de enfermagem no ambiente hospitalar

CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS DA GOVERNANÇA DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

ORGANIZATIONAL CHARACTERISTICS OF THE GOVERNANCE NURSING IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONALES DE LA GOBERNANZA DE ENFERMERÍA EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO

RESUMO: Este estudo teve como objetivos analisar características organizacionais que influenciam a governança de enfermagem no ambiente hospitalar e compreender como as ações e os significados dos enfermeiros são moldados por tais características. Pesquisa de métodos mistos realizada em um hospital universitário do Sul do Brasil, com triangulação concomitante de dados de um estudo transversal com 106 enfermeiros e uma Teoria Fundamentada nos Dados com 63 participantes. Os dados quantitativos foram coletados por meio do *Nursing Work Index-Revised* (NWI-R) e submetidos à análise estatística descritiva. Os dados qualitativos foram obtidos a partir de entrevistas e vinhetas e analisados mediante codificação inicial, seletiva e focalizada. Entre as características organizacionais do NWI-R, aspectos relativos à autonomia e ao controle do ambiente foram considerados desfavoráveis. O controle sobre o ambiente de cuidado é construído principalmente a partir do empenho pessoal dos enfermeiros em superar condições organizacionais e estruturais limitantes da instituição.

DESCRITORES: Enfermagem. Administração Hospitalar. Gerência, Gestão em Saúde. Governança Clínica.

ABSTRACT: The study aimed to analyze the organizational characteristics of the governance nursing in the hospital environment. Mixed methods research in a university hospital in the south of Brazil, from a cross-sectional study with 106 nurses and a Grounded Theory with 63 participants. Quantitative data were collected through *Nursing Work Index-Revised* (NWI-R) and analyzed applying descriptive

statistics, Qualitative data were obtained through interviews and vignettes and analyzed by initial and focused coding. Among the organizational characteristics of the NWI-R, aspects of autonomy and control of the environment were considered unfavorable. The control over the care environment is built mainly from the personal commitment of nurses in overcoming limiting organizational and structural conditions of the institution.

DESCRIPTORS: Nursing, Supervisory. Hospital Administration. Management. Clinical Governance.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo analizar las características organizacionales de la gobernanza de enfermería en el ambiente hospitalario. Investigación de métodos mixtos realizada en un hospital universitario del Sur del Brasil, a partir de un estudio transversal con 106 enfermeros y una Teoría Fundamentada en los Datos con 63 participantes. Los datos cuantitativos fueron recolectados por medio del Nursing Work Index-Revised (NWI-R) y analizados por medio de análisis estadística. Los datos cualitativos fueron obtenidos con entrevistas, viñetas y analizados mediante codificación inicial y focalizados. Entre las características organizativas del NWI-R, se consideraron desfavorable aspectos de la autonomía y el control sobre el ambiente hospitalario. El control sobre el ambiente se basa principalmente del compromiso personal de enfermería en la superación de la limitación de las condiciones organizativas y estructurales de la institución.

DESCRIPTORES: Supervisión de Enfermería. Administración Hospitalaria. Gerencia. Gestión Clínica.

INTRODUÇÃO

A governança profissional de enfermagem refere-se aos processos e às estruturas que conferem aos enfermeiros autonomia, controle e autoridade sobre a prática de enfermagem em uma organização (BARDEN et al., 2011; BENNETT et al., 2012). O primeiro modelo de governança da prática de enfermagem foi projetado na década de 1980, nos Estados Unidos, e intitulado governança compartilhada de enfermagem (PORTER-O'GRADY, HAWKINS; PARKER, 1997; HESS, SWIHART, 2013).

Esse modelo tem como pressuposto que são os enfermeiros e os demais profissionais que atuam na “linha de frente” dos serviços de saúde quem têm mais condições de decidir o que os pacientes

necessitam para terem suas necessidades atendidas, considerando os parâmetros das boas práticas clínicas (BARDEN et al., 2011; FRAY, 2011; HESS; SWIHART, 2013). Os princípios que embasam esse modelo de prática profissional são parceria, equidade, prestação de contas e responsabilização, visando à excelência assistencial (PORTER-O'GRADY; HAWKINS; PARKER, 1997; HESS, SWIHART, 2013).

A adoção do modelo de governança compartilhada é um dos critérios usados nos Estados Unidos para avaliar e credenciar hospitais como *Magnet Hospital* (Hospitais Magneto). Trata-se de hospitais que atingem elevados critérios de mensuração da força de trabalho e qualidade dos profissionais de enfermagem, o que possibilita o alcance de excelentes resultados assistenciais. A comissão de credenciamento do *American Nurses Credentialing Center*, responsável pela designação do status de *Magnet Hospital*, defende que a excelência assistencial só pode ser alcançada e mantida se os enfermeiros têm influência e poder de decisão sobre a prática de enfermagem (KRAMER et al., 2008; BALLARD, 2010).

Outro modelo de governança da prática profissional bastante difundido internacionalmente é a governança clínica. Esse modelo teve origem nos anos de 1990 na Inglaterra e tem sido utilizado como referência para avaliação da qualidade em saúde. Na governança clínica, os enfermeiros desempenham um papel importante na busca pela melhoria do cuidado aos pacientes. Por meio da liderança e supervisão da prática clínica, os enfermeiros podem articular as ações dos profissionais de saúde em prol da qualidade assistencial, bem como influenciar a realização de melhores práticas de cuidado (JONES, 2008; WHITE, WINSTANLEY, 2009). Para isso, é necessário que os enfermeiros tenham sua autonomia profissional reconhecida e legitimada pelas instituições ou serviços de saúde (BAIL et al., 2009; SANTOS et al., 2013).

A adoção de modelos de governança têm impactado positivamente a prática dos enfermeiros e o cuidado em saúde no contexto internacional. Entre as contribuições advindas da implantação desses modelos destacam-se: melhoria da qualidade assistencial, maior autonomia profissional, melhoria das relações de articulação entre os serviços de saúde e maior satisfação profissional (SANTOS et al., 2013).

No Brasil, existe uma discussão crescente sobre a legitimidade da autonomia e do poder dos enfermeiros nos serviços de saúde (LUNARDI et al., 2007; JERICÓ, PERES, KURCGANT, 2008; MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011; TELLEZ, 2013). No entanto,

estudos sobre processos e as estruturas em relação à governança da prática de enfermagem ainda são incipientes e carecem de aprofundamento.

Sabe-se que a implantação e implementação de modelo de governança podem variar em forma e alcance conforme as características organizacionais da instituição. Características organizacionais são aspectos relacionados às estruturas e aos processos que possibilitam que uma organização alcance resultados e metas de desempenho. As principais características organizacionais dos serviços de saúde são filosofia, missão e valores institucionais, estratégias de coordenação do cuidado, mecanismos de divisão e organização do trabalho, amplitude do controle profissional e formalização de condutas (AIKEN; CLARKE; SLOANE, 2002; HEARLD *et al.*, 2008).

Acredita-se que a realização de um estudo que relacione características organizacionais e governança de enfermagem no ambiente hospitalar possa contribuir com o adensamento das discussões relacionadas à autonomia e ao controle dos enfermeiros sobre os ambientes de cuidado no Brasil. Assim, a questão norteadora desta pesquisa foi: Quais as características organizacionais que influenciam a governança de enfermagem no ambiente hospitalar? Como as ações e os significados dos enfermeiros em relação à governança de enfermagem são moldados por essas características?

Portanto, este estudo teve como objetivos: 1) analisar as características organizacionais que influenciam a governança de enfermagem no ambiente hospitalar; e, 2) compreender como as ações e os significados dos enfermeiros em relação à governança de enfermagem são moldados por essas características.

MÉTODO

Este estudo origina-se de uma pesquisa de métodos mistos com triangulação concomitante de dados realizada em um hospital universitário da região Sul do Brasil, que combinou duas abordagens metodológicas por meio de um estudo quantitativo com delineamento transversal e uma pesquisa qualitativa ancorado nos preceitos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

A população elegível para o estudo quantitativo foi de 162 enfermeiros, dos quais 132 atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: exercício de atividades assistenciais e tempo de experiência igual ou maior a três meses no atual local de trabalho. Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que estavam

ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza. Ao considerar os sujeitos aptos a participar do estudo, nove negaram-se a participar da pesquisa e 17 não devolveram os instrumentos. Portanto, obteve-se 26 (19,7%) perdas e 106 (80,3%) de representatividade para a pesquisa, que corresponde a população acessada.

Na coleta dos dados quantitativos, aplicaram-se dois instrumentos: uma ficha de caracterização pessoal, profissional e do ambiente de trabalho e a versão brasileira do *Nursing Work Index - Revised* (NWI-R).

O NWI-R tem por objetivo mensurar a presença de características do ambiente de trabalho que contribuem para a prática profissional do enfermeiro e foi traduzido, adaptado e validado para uso no contexto brasileiro (GASPARINO 2008; GASPARINO GUIRARDELLO, 2009; GASPARINO, GUIRARDELLO, AIKEN, 2011). Tem sido utilizado com boa confiabilidade nos Estados Unidos, no Canadá e em países europeus (MEULEMANS, VAN DE HEYNING, 2009; SLATER *et al.*, 2010). Nele constam 57 itens, dos quais 15 foram selecionados e distribuídos conceitualmente em três subescalas: autonomia (5 itens), relação entre médicos e enfermeiros (3 itens) e controle sobre o ambiente (7 itens). Dentre os 15 itens, 10 foram agrupados e derivaram a quarta subescala: suporte organizacional.

A avaliação da confiabilidade da versão brasileira do NWI-R por meio do coeficiente alfa de Cronbach resultou em consistência interna satisfatória para todas as subescalas (GASPARINO; GUIRARDELLO; AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013). No presente estudo, obteve-se um alfa de Cronbach 0,86 para autonomia, 0,87 para controle sobre o ambiente, 0,91 para relações entre médicos e enfermeiros e 0,82 para suporte organizacional.

A escala de medida utilizada no NWI-R é do tipo Likert, cuja pontuação varia entre um a quatro pontos. O participante é solicitado a responder se concorda ou não com a afirmativa “esse fator está presente no meu trabalho diário” com as opções: concordo totalmente (um ponto); concordo parcialmente (dois pontos); discordo parcialmente (três pontos) e discordo totalmente (quatro pontos), ou seja, quanto menor a pontuação, maior a presença de atributos favoráveis à prática profissional do enfermeiro. Consideram-se valores abaixo de 2,5 representando ambientes favoráveis à prática profissional e acima de 2,5 pontos ambientes desfavoráveis (AIKEN; PATRICIAN, 2000; GASPARINO, 2008; GASPARINO, GUIRARDELLO, AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013).

Os dados coletados foram tabulados no programa Excel®, versão 2013, e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 19.0. Para descrever o perfil da amostra e do ambiente profissional, utilizou-se estatística descritiva com elaboração de tabelas de frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis categóricas e cálculo de medidas de posição e dispersão (média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis contínuas.

Para a amostragem teórica do estudo qualitativo, foram constituídos três grupos amostrais, perfazendo um total de 63 participantes: 1º) 32 enfermeiros assistenciais (E1-E32); 2º) 13 enfermeiros gerentes (E33-E45); e, 3º) 18 profissionais da equipe de saúde (E46-E63). No primeiro e segundo grupos amostrais foram incluídos representantes das quatro divisões nas quais o serviço de enfermagem está estruturado na instituição: Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório, Divisão de Enfermagem Médica, Divisão de Enfermagem Cirúrgica e Divisão de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. No grupo de profissionais da equipe de saúde, foram incluídos nove técnicos ou auxiliares de enfermagem, cinco médicos, dois psicólogos, um nutricionista e um fonoaudiólogo.

Os dados foram coletados por meio de vinhetas (POLIT; BECK, 2011) e entrevistas intensivas (CHARMAZ, 2009), as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise dos dados foi realizado em duas etapas principais: 1) uma fase inicial com denominação de cada segmento de dado, seguido por 2) uma fase seletiva e focalizada que utiliza códigos iniciais mais significativos ou frequentes para classificar, integrar, sintetizar e organizar os dados em eixos de análise ou categorias e subcategorias (CHARMAZ, 2009). Esse processamento analítico dos dados foi realizado no software NVIVO®, versão 10.

A coleta de dados quantitativos e qualitativos abrangeu o período entre novembro de 2012 e novembro de 2013. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de referência (Processo nº 144.436 e CAAE: 09885612.1.0000.0121) e os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dos 106 enfermeiros, 98 (92,5%) eram do sexo feminino, 53 (50%) casados, com média de idade de 38 anos (mín=23; máx=61 e $dp\pm 9,45$).

O tempo médio de experiência profissional na enfermagem foi de 13,66 anos (mín=6,96 meses; máx=35 e $dp\pm 9,46$). Quanto ao tempo de trabalho na instituição, a média foi de 12 anos (mín=6,96 meses; máx=33,42 e $dp\pm 9,69$). O tempo médio de trabalho no setor foi de 7,8 anos (mín= 3 meses; máx=33,17 anos e $dp\pm 1,5$).

No tangente à formação, 49 (46,2%) eram especialistas, 47 (44,4%) mestres ou doutores e 10 (9,4%) eram somente graduados em enfermagem.

Em relação aos setores de atuação, 32 (30,2%) trabalhavam em unidades de clínica médica, 32 (30,2%) em unidades de atendimento à saúde da mulher, criança e adolescente, 28 (26,4%) nos setores de emergência e ambulatório e 14 (13,2%) em clínicas cirúrgicas. Tinham em média 19,51 pacientes sob sua responsabilidade (mín=4; máx=70 e $dp\pm 13,06$). Trabalhavam em média 37,41 horas semanais (mín=30; máx=74 e $dp\pm 11,8$) e 89 (84%) não possuíam outro vínculo empregatício.

As características organizacionais que influenciam a governança de enfermagem no ambiente hospitalar foram analisadas a partir do NWI-R e estão apresentadas na Tabela 1. Ressalta-se que valores abaixo de 2,5 representam atributos favoráveis e acima de 2,5 pontos atributos desfavoráveis.

Tabela 1 – Características organizacionais que influenciam a governança de enfermagem no ambiente hospitalar, de acordo com o NWI-R (n=106). Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

Características do ambiente profissional	MA*	DP**
Autonomia	2,07	0,50
(A) Uma equipe de supervisores que dá suporte aos enfermeiros	2,68	0,85
(B) A enfermagem tem controle sobre sua prática	1,94	0,61
(C) Liberdade para tomar decisões importantes no cuidado ao paciente e no trabalho	1,88	0,62
(D) Não ser colocado em uma posição de ter que realizar atribuições que são contra meus princípios	1,82	0,71
(E) O gerente de enfermagem dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico	1,98	0,86
Controle sobre o ambiente	2,48	0,54
(F) Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes	2,74	0,82
(G) Tempo e oportunidade suficientes para discutir, com outros enfermeiros, os problemas relacionados aos cuidados do paciente	2,64	0,87
(H) Equipe com número suficiente de enfermeiros para proporcionar aos pacientes um cuidado com qualidade	2,34	1,05
(I) O gerente de enfermagem é um bom administrador e líder	2,04	0,82
(J) A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo enfermeiro cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos)	2,28	0,90
(K) Equipe suficiente para realizar o trabalho	2,80	0,89
(L) Oportunidade de trabalhar em uma unidade altamente especializada	2,32	0,81
Relações entre médicos e enfermeiros	2,14	,54
(M) Os médicos e os enfermeiros possuem boas relações de trabalho	1,89	0,55
(N) Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas)	2,34	0,69
(O) Colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos	2,19	0,67
Suporte organizacional***	2,20	0,41
Total NWI-R	2,21	0,39

*MA = Média Aritmética, **DP = Desvio Padrão

***10 itens: B, C, D, F, G, H, I, J, O e M.

A subescala “Controle sobre o ambiente” apresentou a média mais elevada em relação às demais, sinalizando que este pode ser um ponto nevrálgico para a governança dos enfermeiros. Dos 15 itens, no entanto, apenas quatro (A, F, G e K) representam características organizacionais desfavoráveis, ou seja, pode-se considerar que o cenário investigado é favorável à governança da prática profissional de enfermagem. Os tópicos B, C, D, E e M, que obtiveram menores médias, são os atributos mais positivos para o exercício da governança pelos enfermeiros.

Com base na análise dos dados quantitativos, elaboraram-se seis categorias a partir do banco de dados qualitativos da pesquisa: Tendo uma autonomia diferenciada; Podendo contar com o respaldo da Direção de Enfermagem; Procurando estar atento a tudo e a todos; Estabelecendo boas relações de trabalho com os médicos; Reconhecendo que a hegemonia médica ainda prevalece; e, Esbarrando nos entraves do serviço hospitalar público. A integração entre os dados quantitativos e qualitativos está representada na Figura 1.

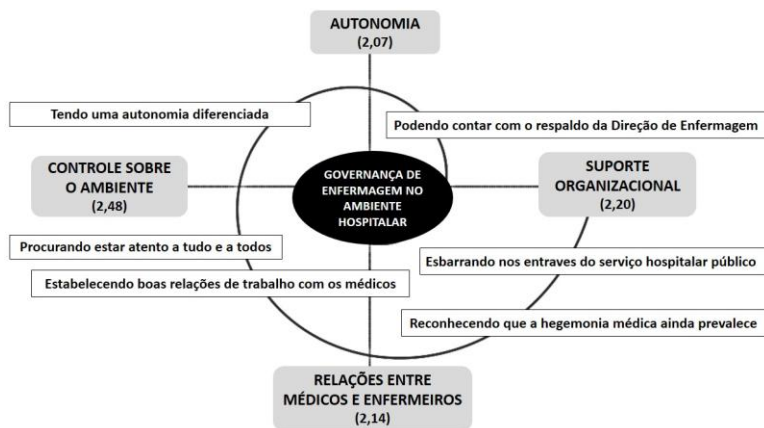


Figura 1 – Diagrama representativo da integração entre os dados quantitativos e qualitativos. Florianópolis, SC, Brasil, 2013.

Fonte: Elaborado pelo autor

Na categoria “Podendo contar com o respaldo da Direção de Enfermagem”, os enfermeiros destacaram a proximidade em relação à Direção de Enfermagem, por meio de reuniões que possibilitam o

compartilhamento do processo decisório e da assessoria de comissões, como o Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN) e Comissão Permanente de Materiais de Assistência (CPMA). Essas duas comissões são responsáveis, respectivamente, pela gestão das ações educativas entre os diversos serviços de enfermagem e coordenação do processo de planejamento, organização e controle de materiais de assistência. Além disso, os enfermeiros sentem-se confortáveis em buscar auxílio ou consultar a opinião das chefias imediatas em caso de dúvidas sobre a condução do serviço de enfermagem e/ou da própria realização da prática profissional.

[...] a diretoria de enfermagem é muito próxima das chefias, nós temos um fórum de reunião a cada 15 dias em que são discutidas várias questões dos setores. Então, nós não estamos sozinhos [...] (P34).

Nós temos bastante auxílio, principalmente do CEPEN e da CPMA (P35).

[...] quando tem algum assunto que eu não sei como proceder, eu tenho a confiança de procurar a minha chefia e perguntar a opinião dela. Nós também temos reuniões para discutir os problemas da unidade (P44).

Estes depoimentos corroboram com a média do item “E – O gerente de enfermagem dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico”, um dos principais aspectos que favorecem a governança dos enfermeiros. Porém, os enfermeiros chefes dos serviços de enfermagem não têm conseguido realizar reuniões periódicas nos setores com as equipes de enfermagem para repassar as decisões tomadas nos encontros com a Direção de Enfermagem. Nesse sentido, o repasse de informações acaba sendo realizado de modo informal, a partir de recados ou mensagens eletrônicas. Isso pode justificar o escore desfavorável do item “(A) Uma equipe de supervisores que dá suporte aos enfermeiros” da subescala autonomia.

Eu não me sinto muito incluso nessa questão de poder decidir. Não existe uma cronologia de reuniões aqui dentro, elas acontecem em função

da necessidade, não existe um padrão pré-estabelecido das reuniões de tempos em tempos. Eu nem lembro qual foi nossa última reunião, fazem mais de três meses (P26).

Nós temos reuniões. É para ser uma vez por mês, mas às vezes passa o mês e não tem a reunião. Acho que deveria ter todos os meses para colocar as dificuldades da unidade, para melhorar, para discutir com as colegas (P31).

Eu me comunico com eles via e-mail, via recado no mural, via livro de intercorrências, ou no próprio dia a dia, durante a passagem do plantão, durante até a própria assistência a gente vai passando coisa a coisa (P35).

O respaldo da Direção de Enfermagem favorece que os enfermeiros tenham uma autonomia diferenciada, conforme evidencia a categoria “Tendo uma autonomia diferenciada”. O próprio contexto de um hospital universitário possibilita que os enfermeiros se posicionem e opinem mais facilmente sobre o modo como a assistência deve ser realizada.

De todos os hospitais, eu vejo que aqui por ser um hospital universitário é onde nós temos mais autonomia. Nós conseguimos realmente questionar o médico, conversar de igual pra igual, perguntar se a conduta não podia ser assim ao invés de ser essa, e eles acabam meio que contrariados mas te ouvem e acabam entrando no mérito ali da questão (P6).

Nós temos uma autonomia muito grande, lógico que a gente fica restrito a leis e a muitas coisas burocráticas, direção (P17).

[...] aqui os enfermeiros têm bastante autonomia, [...] dizem por aí que aqui quem manda são os enfermeiros (P39).

Esses resultados qualitativos são congruentes com as médias favoráveis da subescala “Autonomia” (Tabela 1). Porém, enfermeiros

percebem que, mesmo diante deste cenário positivo, têm uma autonomia limitada pelo modelo biomédico vigente na instituição e pelas relações hierárquicas que caracterizam a estrutura organizativa do serviço de enfermagem no hospital.

Nós temos uma autonomia, mas uma autonomia de enfermeiro [...], infelizmente, o processo de trabalho na instituição ainda é centrado no modelo médico hegemônico e a nossa autonomia acaba reduzida para resolver alguns tipos de problemas (P4).

Durante nosso turno nós temos total autonomia, lógico que dentro da minha competência e dentro do meu conhecimento, porque eu só sou um enfermeiro. Mas dentro das minhas competências nós temos total autonomia que nos é dado pela chefia da divisão e pela diretoria de enfermagem (P25).

Apesar dessa ambiguidade em relação à autonomia, os enfermeiros demonstram na categoria “Procurando estar atento a tudo e a todos” que têm o controle sobre a prática de enfermagem. Eles referem comprometimento e responsabilidade pelo bom andamento da unidade, pelo cuidado prestado aos pacientes e pela gerência do trabalho da equipe de enfermagem.

[...] o enfermeiro tem que saber com quem ele trabalha, quais são os funcionários, quais dificuldades eles têm [...], então, o enfermeiro deve estar atento a tudo (P19).

Foi a primeira vez que eu perdi o controle da situação, porque eu tenho noção de tudo que está acontecendo em volta [...] (P29).

Nós assumimos um compromisso, tem uma equipe inteira, 30 pessoas, 30 seres humanos nas nossas costas, e mais todos os pacientes. Como você assume um compromisso, essa responsabilidade, você não quer deixar furo, não quer deixar que nada saia do eixo (P44).

O enfermeiro tem um controle sobre tudo que está ocorrendo. Ele consegue manter tudo organizado e faz com que a equipe desempenhe bem as funções que cada um tem que desempenhar (P48).

Como nos resultados quantitativos identificou-se o controle do ambiente como um aspecto mais negativo do que positivo, nos depoimentos destaca-se o empenho pessoal dos enfermeiros para a governança da prática de enfermagem. Boas relações de trabalho com os médicos também têm contribuído para o controle da prática profissional, como ilustra a categoria “Estabelecendo boas relações de trabalho com os médicos”.

É bem boa [...], nós conversamos bastante e temos bastante liberdade pra colocar nossa opinião e eles consideram bastante o que nós falamos (P10).

É uma relação boa, que tem melhorado bastante, [...] de forma geral é uma relação boa, não tem problemas com autoritarismo (P20).

Olha com a medicina a gente tem uma boa conversa porque na verdade eles estão aqui junto com a gente, os residentes [...] (P21).

No entanto, no contexto organizacional os médicos ainda ocupam um lugar de destaque o que dificulta o trabalho em equipe, conforme relatado pelos enfermeiros na categoria “Reconhecendo que a hegemonia médica ainda prevalece”. Isso pode explicar a média maior do item “O” em relação ao item “M” na Tabela 1, revelando que médicos e enfermeiros possuem boas relações de trabalho, mas que não desenvolvem necessariamente uma prática conjunta.

Os residentes são muito fáceis de lidar, muito tranquilos, em parte também porque eles dependem muito das informações que nós produzimos para tomar decisões, mas os staffs em si continuam sendo autoritários ou indiferentes e extremamente técnicos (P8).

Com a medicina é fácil de lidar e encontrar, claro que sempre tem aquele que você reza para não

ser o plantão dele [risos] porque ou a pessoa é ausente ou é extremamente grosseira [...] (P21).

[...] quer queira, quer não nós sabemos que a hegemonia médica prevalece e nós temos que saber administrar isso (P32).

Eu vejo que há uma rixa do enfermeiro com o médico, com alguns, não são com todos. Os médicos são geralmente mais autoritários e não discutem muito suas condutas. Eu percebo que as vezes alguns enfermeiros nem discutem com os médicos porque partem do princípio de que o que ele fala é o certo (P48).

A governança da prática de enfermagem também acaba sendo limitada pelas características do serviço hospitalar público, como apresentado na categoria “Esbarrando nos entraves do serviço hospitalar público”. Nesta categoria, evidenciam-se as dificuldades dos enfermeiros em relação à gestão de pessoas, absenteísmo e falta de suporte organizacional dos serviços de apoio, o que gera sobrecarga de trabalho.

[...] talvez seja porque somos servidores públicos, talvez este seja um complicador que o pessoal está aqui há mais tempo e já está acomodado [...]. Então, parece que eles não veem a importância de algumas mudanças, estão mais preocupados com a sua carga horária, em receber horas extras, do que fazer alguma coisa por todos e pela unidade em si (P3).

Os serviços de apoio seriam um dos fatores que contribuem para meu controle sobre minha prática, se os serviços de apoio são bons tudo acontece de maneira adequada. Serviços de apoio são: laboratório, lavanderia, manutenção, limpeza, serviço social, psicologia, fonoaudiologia, esses serviços são fundamentais para eu poder ter essa governança aqui dentro, sem isso vira um caos (P26).

Outra situação muito delicada é a questão do absenteísmo. Nós temos um índice muito elevado.

Numa instituição privada, 3% já é altíssimo. E nós trabalhamos no mês de novembro com mais de 20% no HU. Então, é muito difícil uma instituição manter uma condição adequada de volume de trabalho e cumprir as metas se os funcionários não estão trabalhando (P37).

[...] tem coisas que são demoradas, às vezes para consertar um suporte de soro demora meses, ou por falta de pessoal, ou por falta da peça. Aí tu vai atrás da peça, aí tu vai atrás do pessoal, são coisas difíceis de resolver e não precisariam ser (P43).

Tais achados articulam-se às médias elevadas dos itens F, G e K do NWI-R, que representam aspectos do ambiente profissional identificados como desfavoráveis.

DISCUSSÃO

Os enfermeiros participantes deste estudo formam um grupo predominantemente de adultos jovens e do sexo feminino, o que é coerente com o perfil histórico da força de trabalho da profissão.

Apresentam relativa experiência no exercício da Enfermagem e alta qualificação profissional, que se justifica pelo caráter acadêmico da instituição. Hospitais universitários tendem a incentivar e valorizar o desenvolvimento profissional da equipe de trabalho.

A maioria dos profissionais possui apenas um vínculo empregatício, com carga horária semanal média de 37,41 horas. Tal número é inferior ao relatado por estudos anteriores (GASPARINO; GUIARDELLO; AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIARDELLO, 2013). A menor jornada de trabalho semanal pode ser explicada em função do melhor rendimento salarial dos enfermeiros do hospital universitário em relação aos demais serviços de saúde locais.

Os enfermeiros relataram serem responsáveis, em média, por 19,51 pacientes. A variação obtida deve-se à diversidade de unidades hospitalares em que os dados foram coletados, com variada capacidade de atendimento instalada.

As características organizacionais avaliadas mostraram-se mais favoráveis do que desfavoráveis à governança da prática profissional de enfermagem. Apenas quatro aspectos, sendo um relativo à autonomia e três ao controle do ambiente (dois relacionados também ao suporte

organizacional), tiveram média superior a 2,5 e foram considerados negativos: (A) Uma equipe de supervisores que dá suporte aos enfermeiros; (F) Serviço de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes; (G) Tempo e oportunidade suficientes para discutir, com outros enfermeiros, os problemas relacionados aos cuidados do paciente; e, (K) Equipe suficiente para realizar o trabalho.

Esses resultados assemelham-se aos achados de um estudo irlandês, em que inclusive as médias obtidas foram similares para os quesitos F (2,61), G (2,57) e K (3,0) (SLATER; McCORMACK, 2007). O controle do ambiente também foi a característica do ambiente profissional mais desfavorável encontrada por outros dois estudos brasileiros que utilizam o NWI-R (GASPARINO; GUIARDELLO; AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIARDELLO, 2013), o que demonstra que este é um aspecto que merece atenção pelos gestores de enfermagem e dirigentes de instituições hospitalares.

O controle sobre a prática de enfermagem referido nos depoimentos pode ser associado à percepção de empoderamento psicológico dos enfermeiros, ou seja, a governança da prática profissional não está diretamente relacionada ao suporte organizacional da instituição, mas ao comprometimento dos profissionais. Empoderamento psicológico corresponde a interpretação dos trabalhadores quanto às condições de empoderamento estrutural e como eles se comportam diante delas (LASCHINGER et al., 2001). Estudos pontuam que ele aumenta a crença de um indivíduo em sua capacidade de realizar atividades com habilidade, comprometendo-o com o trabalho a ser realizado e motivando-o a superar dificuldades e desafios (LASCHINGER *et al.*, 2001; FAULKNER; LASCHINGER, 2008; WANG; LIU, 2013).

O destaque positivo coube principalmente para as características relacionadas à autonomia e relações entre médicos e enfermeiros: (B) A enfermagem tem controle sobre sua prática, (C) Liberdade para tomar decisões importantes no cuidado ao paciente e no trabalho, (D) Não ser colocado em uma posição de ter que realizar atribuições que são contra meus princípios, (E) O gerente de enfermagem dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico e (M) Os médicos e os enfermeiros possuem boas relações de trabalho. Tais resultados também corroboram com os achados de pesquisas anteriores (SLATER; McCORMACK, 2007; GASPARINO; GUIARDELLO; AIKEN, 2011; PANUNTO; GUIARDELLO, 2013).

Ao comparar as médias das subescalas autonomia e relações entre médicos e enfermeiros às de outros estudos brasileiros, realizados no Estado de São Paulo, percebe-se que os enfermeiros participantes deste estudo possuem maior nível de autonomia e melhores relações com médicos em relação a enfermeiros de hospitais universitários (GASPARINO, GUIARDELLO, AIKEN, 2011) e enfermeiros de unidades de terapia intensiva (PANUNTO, GUIARDELLO, 2013). Porém, nos resultados qualitativos, os enfermeiros pontuaram que têm uma autonomia limitada pelo modelo biomédico e pela estrutura organizativa hierárquica do serviço de enfermagem da instituição. Além disso, as boas relações com os médicos não têm se configurado como um trabalho colaborativo e em equipe.

Estudo realizado em hospitais do Uruguai também identificou que enfermeiros desejam maior autonomia, identidade profissional e poder para tomada de decisão sobre questões específicas de sua área de competência. Suas expectativas referem-se ainda à aspiração de serem identificados e reconhecidos pelo trabalho que desenvolvem e valorização da profissão (UMPIERREZ, MERIGHI, MUNOZ, 2013). Enfermeiros que sentem que seus esforços são reconhecidos e recompensados são mais propensos a se sentirem respeitados em seu local de trabalho. O sentimento de respeito, por sua vez, tem sido associado à satisfação no trabalho e qualidade de atendimento ao paciente (FAULKNER, LASCHINGER, 2008).

Os médicos tradicionalmente ocupam posições privilegiadas no contexto estratégico e operacional das organizações hospitalares. Esse papel de destaque baseia-se no pressuposto de que eles são os profissionais de saúde mais habilitados para tomar as decisões que envolvem a prática clínica no âmbito hospitalar. Alguns hospitais inclusive têm adotado como estratégia destinar cargos de liderança clínica preferencialmente para médicos no intuito de promover a segurança do paciente (BAKER; DENIS, 2011). Entretanto, o trabalho em equipe é um tema emergente em nível global no âmbito da reforma do modelo de atenção à saúde vigente (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Não há dúvidas de que o trabalho em equipe é essencial para a prestação de cuidados de saúde com qualidade. Apesar disso, ainda há pouco treinamento formal no desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe nos cursos de graduação da área da saúde. O aprendizado do trabalho em equipe ocorre em grande parte no dia-a-dia do exercício profissional e é condicionado pelas características pessoais dos trabalhadores. Portanto, evidencia-se a necessidade de melhor

preparação dos profissionais de saúde no trabalho em equipe (LEGGAT, 2007).

A importância da educação interprofissional é reconhecida internacionalmente, sendo inclusive incentivada pela Organização Mundial da Saúde. Na Europa, já existe um projeto chamado “Rede Europeia de Educação Interprofissional em Saúde e Assistência Social”, que envolve 16 instituições parceiras de seis países. Este projeto tem possibilitado o desenvolvimento de experiências compartilhadas de ensino e aprendizagem na graduação e pós-graduação, a compreensão e o respeito mútuo entre os grupos multiprofissionais e multidisciplinares, a disseminação da aprendizagem interprofissional e o avanço do conhecimento, habilidades e atitudes dos papéis profissionais (LIASKOS *et al.*, 2009).

Outro achado relevante deste estudo diz respeito à média da subescala “Controle sobre o ambiente” e os resultados qualitativos da categoria “Esbarrando nos entraves do serviço hospitalar público”. A falta de suporte dos serviços de apoio e as dificuldades na gestão de pessoas podem ser considerados como problemas típicos dos serviços públicos de saúde. Em que pese a existência de procedimentos específicos para a gestão logística de compra de materiais e contratação de pessoal, também são importantes algumas considerações sobre os fatores responsáveis pela motivação no trabalho.

A literatura sobre motivação no trabalho é bastante vasta e diversificada. No entanto, tem-se como consenso que há dois tipos de motivação: extrínseca e intrínseca. A motivação extrínseca origina-se em fatores externos ao indivíduo, como recompensas e punições. A motivação intrínseca está relacionada a fatores internos ao indivíduo, ou seja, sua forma de ser, seus interesses e seus gostos. Neste tipo de motivação, não são necessárias recompensas, pois a tarefa, por si só, representa algo prazeroso. Dessa forma, a motivação intrínseca é constante, já que depende unicamente do sujeito e não de fatores externos (FRANK, 2004).

A crença de que as recompensas extrínsecas e punições são as principais fontes de motivação no trabalho pode ser a base da percepção de desmotivação entre servidores públicos. Porém, estudos realizados com trabalhadores norte-americanos pontuaram que os principais motivadores são intrínsecos. O reconhecimento e respeito obtidos pelo trabalho realizado, bem como o sentimento de orgulho pelo desempenho profissional mostram-se como mais motivadores do que benefícios financeiros (FRANK, 2004; PANDEY, MOYNIHAN, 2007).

Pode-se potencializar a motivação dos funcionários que trabalham em serviços públicos mostrando o quanto eles são importantes no contexto da organização e na realização de um serviço de qualidade para a sociedade. Assim, a desmotivação dos indivíduos nas organizações públicas pode não estar relacionada apenas à estabilidade no emprego (PANDEY, MOYNIHAN, 2007). Dessa forma, é necessário rever se o ambiente de trabalho tem contribuído para a motivação dos funcionários, possibilitando-lhes a expressão plena de suas potencialidades e participação nos processos decisórios de modo que eles se sintam parte integrante e importante da organização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da integração entre dados quantitativos e qualitativos, este estudo explorou características organizacionais que influenciam ações e significados dos enfermeiros em relação à governança de enfermagem em um hospital da Região Sul do Brasil.

Das 15 características organizacionais do NWI-R, apenas quatro foram consideradas desfavoráveis. Assim, o cenário investigado mostra-se favorável à implementação de processos e estruturas de governança da prática profissional de enfermagem. Entre as subescalas do instrumento, o “Controle sobre o ambiente” apresentou média mais elevada em relação às demais, o que sinaliza aspectos organizacionais a ser revistos para uma maior governança dos enfermeiros.

Nos dados qualitativos, constatou-se que o controle dos enfermeiros sobre o ambiente é construído principalmente a partir da dedicação e empenho desses profissionais. Embora eles percebam que têm uma autonomia diferenciada no cenário investigado, há dificuldades no tangente às relações profissionais com os médicos e condições estruturais para uma governança mais efetiva sobre a prática de enfermagem.

Acredita-se que os resultados do estudo poderão ser úteis para discussões sobre o desenvolvimento de iniciativas visando melhores práticas de governança de enfermagem no ambiente hospitalar. O controle dos enfermeiros sobre o ambiente de cuidado é fundamental para a obtenção de melhores resultados assistenciais.

O estudo apresenta limitações quanto à amostra da etapa quantitativa, que foi pequena (n=106) e corresponde apenas a um hospital da Região Sul do Brasil. Pesquisas com um maior número de participantes e incluindo outros cenários hospitalares poderão gerar informações mais representativas acerca do fenômeno investigado. A

partir da articulação dos dados quantitativos aos achados oriundos de uma TFD, procurou-se fortalecer a consistência dos resultados obtidos e atingir os objetivos propostos.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L.H.; PATRICIAN, P.A. Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. **Nursing Research**, v. 49, n. 3, p. 146-153, 2000.

AIKEN, L.; CLARKE, S.; SLOANE, D. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 14, n. 1, p. 5-13, 2002.

BAIL, K. et al. Writing ourselves into a web of obedience: A nursing policy analysis International. **Journal of Nursing Studies**, v. 46, n. 11, p. 1457-1466, 2009.

BAKER, G.R.; DENIS, J.L. Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership. **Public Money & Management**, v. 31, n. 5, p. 355-362, 2011.

BALLARD, N. Factors associated with success and breakdown of shared governance. **The Journal of Nursing Administration**, v. 40, n. 10, p. 411-416, 2010.

BARDEN, A.M. et al. Shared governance and empowerment in registered nurses working in a Hospital Setting. **Nursing Administration Quarterly**, v. 35, n. 3, p. 212-218, 2011.

BENNETT, P.N. et al. Professional Nursing Governance in a large Australian health service. **Contemporary Nurse**, v. 43, n. 1, p. 99-106, 2012.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

FAULKNER, J.; LASCHINGER, H. The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses. **Journal of Nursing Management**, v. 16, p. 214-221, 2008.

FRANK, S.A. Government Employees: working hard or hardly working? **The American Review of Public Administration March**, v. 34, n. 1, p. 36-51, 2004.

FRAY, B. Evaluating shared governance: measuring functionality of Unit Practice Councils at the point of care. **Creative Nursing**, v. 17, n. 2, p. 87-95, 2011.

GASPARINO, R.C.; GUIRARDELLO, E.B. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do “Nursing Work Index – Revised”. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 281-287, 2009.

GASPARINO, R.C.; GUIRARDELLO, E.B.; AIKEN, L.H. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 23-24, p. 3494-3501, 2011.

HESS, R.G.; SWIHART, D. Shared Governance: what it can mean for nurses. **Nursing Spectrum**, v. 25, n. 1, p. 38-43, 2013.

HEARLD, L. R. et al. How do hospital organizational structure and processes affect quality of care? A critical review of research methods. **Medical Care Research and Review**, v. 65, p. 259-299, 2008.

JERICÓ, M.C.; PERES, A.M.; KURCGANT, P. Organizational structure of nursing services: reflections on the influence of the organizational power and culture. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 569-577, 2008.

JONES, S. Local implementation of the Essence of Care benchmarks. **Nursing Standard**, v. 22, n. 37, p. 35-40, 2008.

KRAMER, M. et al. Structures and practices enabling staff nurses to control their practice. **Western Journal of Nursing Research**, v. 30, n. 5, p. 539-559, 2008.

LASCHINGER, H. et al. A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. **Journal of Organizational Behavior**, v. 25, n. 4, p. 527–544, 2001.

LEGGAT, S.G. Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Services Research*, v. 7, n. 17, 2007.

LIASKOS, J. et al. Promoting interprofessional education in health sector within the European Interprofessional Education Network. *International Journal of Medical Informatics*, v. 78, n. 1, p. 43-47, 2009.

LUNARDI, V.L. et al. Nursing ethics and its relation with power and work organization. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n.3, p. 493-497, 2007.

MENEZES, S.R.T.; PRIEL, M.R.; PEREIRA, L.L. Nurses' autonomy and vulnerability in the Nursing Assistance Systematization practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011.

MEULEMANS, H; VAN DE HEYNING, P. Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies*, v. 46, p. 46-55, 2009.

MOYNIHAN, D.P.; PANDEY, S.K. The Role of Organizations in Fostering Public Service Motivation. *Public Administration Review*, v. 67, n. 1, p. 40-53, 2007.

PANUNTO, M.R.; GUIRARDELLO, E.B. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. 3, p. 765-772, 2013.

PEDUZZI, M. et al. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

POLIT; D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTER-O'GRADY, T.; HAWKINS, M.; PARKER, M. **Whole Systems Shared Governance: Architecture for Integration**, 1. ed. Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication, 1997. 323 p.

SANTOS, J. L. G. et al. Governança em enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 47, n. 6, p. 1417-1425, 2013.

SLATER, P.; McCORMACK, B. An exploration of the factor structure of the nursing work index. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 4, n. 1, p. 30-39, 2007.

SLATER, P. et al. Testing of the factor structure of the nursing work index-revised. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v.7, n.3, p.123-34, set. 2010.

TELLEZ, M. You are so smart!: why didn't you study medicine? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 9-10, 2013.

UMPIERREZ, A.H.F.; MERIGHI, M.A.B.; MUNOZ, L.A. Perceptions and expectations of nurses concerning their professional activity. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 165-171, 2013.

WANG, S.; LIU, Y. Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling. **Journal of Nursing Management**. Early View (Online Version of Record published before inclusion in an issue) Article first published online: 23 SEP 2013 UR - <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12124>

WHITE, E, WINSTANLEY, J. Implementation of Clinical Supervision: educational preparation and subsequent diary accounts of the practicalities involved, from an Australian mental health [corrected] nursing innovation. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 16, n. 10, p. 895-903, 2009.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção, retomam-se os principais achados da pesquisa, pontuam-se algumas limitações do estudo e apontam-se possíveis desdobramentos e aprofundamentos para investigações futuras com relação à problemática em foco.

Três questões nortearam a realização deste estudo: Como vem acontecendo a governança da prática profissional de enfermagem no ambiente de um hospital universitário brasileiro? Quais aspectos da prática profissional do enfermeiro e que características organizacionais e variáveis estão relacionadas à governança de enfermagem no ambiente hospitalar? Como os enfermeiros experienciam as relações/interações/associações de gestão em enfermagem e que significados eles atribuem à governança da prática profissional de enfermagem em busca da excelência do cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar?

A partir desses questionamentos, destacam-se os dois objetivos principais da pesquisa: 1) Analisar o ambiente da prática profissional do enfermeiro, características organizacionais e variáveis associadas à governança de enfermagem no contexto hospitalar; e, 2) Construir um modelo interpretativo a partir da compreensão dos significados atribuídos pelos enfermeiros sobre suas relações/interações/associações experienciadas no processo de governança da prática de enfermagem no ambiente hospitalar.

Para atingir esses objetivos foi realizada uma pesquisa de métodos mistos com triangulação concomitante entre dados de um estudo transversal com 106 enfermeiros e uma Teoria Fundamentada nos Dados com 63 participantes divididos em três grupos amostrais (enfermeiros assistenciais, enfermeiros gestores e equipe de saúde). O cenário do estudo foi o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Os dados quantitativos foram coletados por meio do *Nursing Work Index-Revised*, um instrumento amplamente utilizado internacionalmente e traduzido, adaptado e validado para uso no Brasil, e submetidos à análise estatística. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas e vinhetas e analisados mediante codificação inicial, seletiva e focalizada.

O estudo quantitativo demonstrou que o ambiente hospitalar estudado é favorável à governança da prática profissional de enfermagem pelos enfermeiros. As médias encontradas para as subescalas do NWI-R (1-4) foram: 2,07 para autonomia; 2,48 para

controle sobre o ambiente; 2,14 para relações entre médicos e enfermeiros; e, 2,20 para suporte organizacional. Esses valores revelam que os enfermeiros julgaram ter autonomia, controle sobre o ambiente, boas relações com os médicos e suporte organizacional para a governança da prática de enfermagem.

Em relação aos setores hospitalares, destaca-se que os enfermeiros da emergência e ambulatório possuem maior autonomia profissional, enfermeiros dos setores de maternidade e pediatria têm maior controle sobre o ambiente e as relações entre médicos e enfermeiros são melhores nas unidades de clínica médica, onde também é maior a percepção de suporte organizacional. Apenas no setor clínica cirúrgica, obteve-se média desfavorável (2,52) para o NWI-R.

Quanto às características pessoais, profissionais e do ambiente de trabalho dos enfermeiros, foi identificada associação estatística com a variável satisfação no trabalho. Dessa forma, enfermeiros com autonomia, controle sobre o ambiente, boas relações com os médicos e suporte organizacional sentem-se mais satisfeitos no trabalho, o que favorece a governança da prática de enfermagem. Também não houve associação estatística entre o exercício do cargo gerencial e as médias das quatro subescalas do NWI-R. No entanto, de acordo com o valor da média para o total do NWI-R, o ambiente profissional dos enfermeiros chefes de serviço é mais favorável à governança da prática de enfermagem.

Das 15 características organizacionais do NWI-R, apenas quatro foram consideradas desfavoráveis, sendo uma relativa à autonomia e três ao controle do ambiente: (A) Uma equipe de supervisores que dá suporte aos enfermeiros; (F) Serviço de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes; (G) Tempo e oportunidade suficientes para discutir, com outros enfermeiros, os problemas relacionados aos cuidados do paciente; e, (K) Equipe suficiente para realizar o trabalho.

No estudo qualitativo, a partir do processo de codificação e categorização dos dados, construiu-se o fenômeno “Exercendo a governança da prática profissional de enfermagem em um hospital universitário”, o qual é sustentado pela articulação de dez categorias e 33 subcategorias. As categorias encontradas foram: Contornando as ambiguidades do suporte organizacional; Gerenciando os serviços de enfermagem; Gerenciando o cuidado de enfermagem; Desenvolvendo conhecimentos e aptidões gerenciais; Tomando decisões e repassando deliberações; Estabelecendo processos interacionais; Tendo autonomia; Assumindo a liderança da equipe de enfermagem; Promovendo a

qualidade assistencial; e, Supervisionando o trabalho da equipe de enfermagem.

Ressalta-se que essas categorias foram elaboradas a partir dos dados e à luz dos pressupostos teóricos adotados neste estudo, ou seja, não foram pré-selecionadas, conforme estabelece a abordagem construtivista da TFD. A articulação entre as categorias mostra que a governança de enfermagem no ambiente hospitalar baseia-se no exercício gerencial e na gerência do cuidado, a partir do suporte organizacional e das interações/relações profissionais dos enfermeiros, conferindo-lhes autonomia para a tomada de decisão, liderança e supervisão da equipe de enfermagem visando à qualidade assistencial.

Mediante integração dos resultados qualitativos e quantitativos, destacam-se as seguintes convergências, diferenças e/ou combinações:

- A média desfavorável para o NWI-R no setor da clínica cirúrgica pode ser explicada pela dificuldade de relacionamento com os médicos referida pelos enfermeiros nos seus depoimentos.
- Embora os dados quantitativos não tenham mostrado relação estatística entre a governança de enfermagem e o tempo de experiência profissional, essa variável foi considerada relevante pelos enfermeiros na etapa qualitativa do estudo.
- Quanto ao exercício do cargo gerencial, nos resultados qualitativos os enfermeiros assistenciais reportaram maior autonomia e controle sobre o ambiente. Os enfermeiros gerentes, por sua vez, sinalizaram dificuldades diante de entraves organizacionais que limitam a resolutividade e efetividade das suas ações.
- O controle dos enfermeiros sobre o ambiente é construído principalmente a partir da dedicação e empenho desses profissionais. Embora eles percebam que têm uma autonomia diferenciada no cenário investigado, há dificuldades no tangente às relações profissionais com os médicos e condições estruturais para uma governança mais efetiva sobre a prática de enfermagem.

Assim, confirma-se e sustenta-se a tese:

O ambiente hospitalar é favorável à governança dos enfermeiros na prática profissional de enfermagem, em relação à autonomia, ao controle sobre o ambiente, às boas relações com os médicos, ao suporte organizacional e satisfação com o trabalho. O exercício dessa governança apoia-se e concretiza-se por meio

relações/interações/associações múltiplas, complexas e paradoxais dos enfermeiros com e entre a equipe de enfermagem/saúde e demais atores da organização em busca da excelência do cuidado de enfermagem.

Contribuições do estudo

Os resultados apresentados podem contribuir para a (re)organização das estruturas e processos de governança profissional de enfermagem, principalmente no tangente ao suporte que é fornecido pela organização para a prática gerencial e controle dos enfermeiros sobre o ambiente de cuidado. O controle dos enfermeiros sobre o ambiente de cuidado é um aspecto fundamental para a obtenção de melhores resultados assistenciais e, conseqüentemente, a excelência do cuidado.

Destaca-se também a importância do investimento em programas de capacitação e aprimoramento de conhecimentos e habilidades gerenciais para os enfermeiros. A articulação e aproximação dos saberes da Administração e Enfermagem sob a perspectiva da complexidade organizacional pode potencializar o exercício da governança profissional de enfermagem.

É importante que a Enfermagem busque transcender aspectos desfavoráveis relacionadas à governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar fortalecendo-se como disciplina científica própria e com atributos diferenciados. A autonomia e o reconhecimento profissional virão a partir de práticas e posturas empreendedoras e inovadoras que fortaleçam o exercício da profissão, e não a partir de disputas com outros profissionais.

Limitações da pesquisa

O estudo quantitativo apresenta como limitação o tamanho da amostra, que foi pequena (n=106) e corresponde apenas a um hospital da Região Sul do Brasil. Estudos com um maior número de participantes e incluindo outros cenários hospitalares poderão gerar informações mais representativas acerca do fenômeno investigado.

A pesquisa qualitativa apresenta características específicas de um estudo dessa natureza, a qual não pretende generalizações. No entanto, os resultados podem ser transferidos para outros países com modelos semelhantes de prática profissional de enfermagem. Além disso, a validação do modelo apresentado permite afirmar que os

resultados fornecem explicações e interpretações de um fenômeno que está acontecendo na realidade investigada.

A estratégia de triangulação concomitante de dados possibilitou compensar os pontos fracos inerentes a um método com os pontos fortes do outro, produzindo resultados melhor substanciados e validados. Destaca-se que a mixagem dos dados foi um desafio que exigiu um trabalho minucioso para identificar as convergências, diferenças e/ou combinações entre os resultados quantitativos e qualitativos.

Limitações também podem estar relacionadas à discussão dos resultados com a literatura. Como é escassa a produção científica brasileira sobre a temática, os achados da pesquisa foram discutidos principalmente a partir de estudos internacionais. Assim, a variedade de percepções sobre o tema investigado em função das particularidades da organização profissional da enfermagem e da estrutura dos sistemas de saúde nos países de origem dos estudos pode ter influenciado na discussão dos dados.

Recomendações

Para o âmbito da gestão de enfermagem no ambiente hospitalar:

- Promover espaços e estratégias que possibilitem maior participação dos enfermeiros nos processos decisórios sobre a prática de enfermagem e, conseqüentemente, maior motivação e satisfação no trabalho, e;
- Promover atividades de ensino/capacitação relacionadas à governança da prática profissional de enfermagem e gerenciamento de enfermagem, com o objetivo potencializar e facilitar a prática gerencial dos enfermeiros.

Para o âmbito do ensino de graduação/pós-graduação e pesquisa científica na área de Administração em Enfermagem:

- Desenvolver tópicos específicos relacionados à governança da prática de enfermagem, com o objetivo de fomentar discussões entre os enfermeiros;
- Desenvolver estudos para tradução, adaptação e validação de instrumentos específicos sobre governança em enfermagem e saúde;
- Desenvolver modelos interpretativos sobre a governança da prática de enfermagem em outros cenários hospitalares, bem como ampliar o foco de estudos para serviços de atenção básica e outros níveis de atenção em saúde;

- Estudar a relação entre governança da prática de enfermagem, empoderamento estrutural/psicológico e burnout entre enfermeiros hospitalares;
- Investir em novos projetos e consolidar a utilização de métodos mistos como estratégia metodológica; e,
- Explorar e avançar na utilização de vinhetas como instrumento de coleta de dados e estratégia para diversificar a produção de dados qualitativos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.F.; CONCEIÇÃO-STIPP, M.A.; LEITE, J.L.; ZADRA, V.M.; ANDRADE, K.B.S. Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana.

Aquichan, v.10, n.2, p.115-31, 2010.

AKTOUF, O. **A administração entre a tradição e a renovação**. São Paulo (SP): Atlas, 1996.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In.: _____. (org.). **O Trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 15 – 26.

ANDRADE, J.S.; VIEIRA, M.J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58. n.3, p. 261-65, 2005.

ANTHONY, M. Shared governance models: The theory, practice and evidence. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v.31, n.9, 2004. *Disponível em:*

www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/Number1January31/SharedGovernanceModels.aspx.

Acesso em: 01 fev. 2012.

ANTUNES, J. L. F. **Hospital**: instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras, 1991. 168p.

BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L., LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; ERDMANN, R. Rousing new approaches to the Nursing care management: a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n.2, 2009. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2407>>. Acesso em: 20 fev. 2010.

BAIL, K; COOK, R; GARDNER, A; GREALISH, L. Writing ourselves into a web of obedience: A nursing policy analysis International. **Journal of Nursing Studies** 2009; 46(11):1457-66.

BALLARD, N. Factors associated with success and breakdown of shared governance. *J Nurs Adm.* 2010;40(10):411-6.

BAMFORD-WADE, A; MOSS, C. Transformational leadership and shared governance: an action study. **Journal of Nursing Management**, v. 18, n. 7, p. 815-21.

BANDEIRA-DE-MELO, R.; CUNHA, C. J. C. A. Grounded theory. In.: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELO, R.; SILVA, A. B (orgs). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos.** São Paulo: Saraiva, 2006. p. 241-266.

BARDEN, A.; QUINN, G.M.; DONAHUE, M.; FITZPATRICK, J. Shared governance and empowerment in registered nurses working in a hospital setting. **Nursing Administration Quarterly**, v. 35, n. 3, p. 212-8, 2011.

B EGLINGER, J. E.; HAUGE, B.; KRAUSE, S.; ZIEBARTH, L. Shaping future nurse leaders through shared governance. **The Nursing clinics of North America**, v. 46, n.1, 129-35, 2011.

BERNARDES, A.; CECÍLIO, L. C. O.; ÉVORA, I. D. M; GABRIEL, C. S.; CARVALHO, M. B. Collective and decentralized management model in public hospitals: perspective of the nursing team. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 1003-1010, 2011.

BINA, J.S. et al. Decisional Involvement: Actual and Preferred Involvement in Decision-Making Among Registered Nurses. **Western Journal of Nursing Research**, On-line, 5 de setembro, 2013.

Disponível em:

<http://wjn.sagepub.com/content/early/2013/09/05/0193945913503717>

BISQUERRA, R.; SARRIELA, J. C.; MARTINEZ, F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote SPSS.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

BOEIRA, S. L.; KOSLOWSKI, A. A. Paradigma e disciplina nas perspectivas de Kuhn e Morin. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v.6, n.1, p. 90-115, 2009.

BOEIRA, S. L ; SIMON, V. P. ; LEAL, J. V. N.; REZENDE, G. M. Reflexão sobre aspectos teóricos e epistemológicos da produção nacional relativa ao cooperativismo. In: II Colóquio Internacional de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração, Florianópolis, 2012. **Anais eletrônicos...**Florianópolis, 2012. Disponível em: <http://www.coloquioepistemologia.com.br/Apresentados%20+%20convividos%20+%20p.pub/ADE108.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012.

BOGUE, R.J.; JOSEPH, M.L.; SIELOFF, C.L. Shared governance as vertical alignment of nursing group power and nurse practice council effectiveness. **Journal of Nursing Management**, v. 17, n. 1, p. 4-14, 2009.

BONDAS, T. Paths to nursing leadership. **Journal of Nursing Management**, v. 14, n. 5, p. 332-9, 2006.

BORBA, V. R; LISBOA, V. R. **Teoria geral da administração hospitalar**: estrutura e evolução do processo de gestão hospitalar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006. 240p.

BRAGA NETO, F. C; BARBOSA, P. R.; SANTOS, IS. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I (Org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 665-704.

BRASIL. **Decreto Lei nº 94.406, de 08 de Junho de 1987.**

Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 1986. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4173>. Acesso em: 15 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS/96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Vocabulário da Saúde em Qualidade e Melhoria da Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Resolução número 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 10 de out. 1996.

BRAVERMANN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987. 379p.

BRINGER, J. D.; JOHNSTON, L. H.; BRACKNRIDGE, C. H. Using computer-assisted qualitative data analysis software to develop a grounded theory project. **Field Methods**, v. 18, n. 3, p. 245-266, 2006. Disponível em: <<http://fieldmethods.org/>>. Acesso em 8 dez. 2013.

CARMO LEAL, Maria, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive health**, vol. 9, p. 15, 2012.

CAMPOGARA, S.; BACKES, V.M.S. Gerenciar em Enfermagem: uma reflexão à luz das idéias de Humberto Maturana. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n. 3, p. 303-310, 2007.

CANT, S; WATTS, P; RUSTON, A. Negotiating competency, professionalism and risk: the integration of complementary and alternative medicine by nurses and midwives in NHS hospitals. **Social Science & Medicine**, v. 72, n. 4, p. 529-36, 2011.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V.L.M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005. p. 157-70.

CHANLAT, J. F. Por uma antropologia da condição humana nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Org.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**, v. 1. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-45.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

CHAVES, L.D.P.; CAMELO, S.H.H; LAUS, A.M. Mobilizando competências para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. 2011 [cited 2011 December 14];13 (4):594. Available from:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a01.htm>.

CLINCH, T. Care coordination of the future and the nurse's role. **Texas Nursing**, v. 86, n. 1, p. 4-5, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 194/1997**. Brasília: COFEN. Disponível em:

<http://site.portalcofen.gov.br/node/4251>. Acesso em: 15 jun. 2012.

CRESWELL J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL J.W., PLANO CLARK, V.L. **Designing and conducting mixed methods research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc, 2011.

CURRAN, C.R.; TOTTEN, M.K. Expanding the role of nursing in health care governance. **Nursing Economic\$** 2010; 28(1):44-6.

DANTAS, C. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S.; STIPP, M. A. C. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.4, p. 573-579, 2009.

DEWAELEHEYN, N; EECKLOO, K; VAN HERCK, G; VAN HULLE, C; VLEUGELS A. Do non-profit nursing homes separate governance roles? The impact of size and ownership characteristics. **Health Policy**, v. 90, n 2-3, p. 188-95, 2009.

DI LUZIO, G. Medical dominance and strategic action: the fields of nursing and psychotherapy in the German health care system. **Sociology of Health & Illness**, v. 30, n.7. p. 1022-38, 2008.

DIAS, E. P. Conceitos de Gestão e Administração: uma revisão crítica. **Revista Eletrônica de Administração – Facef**, v.1, n.1, p. 1-12, 2002. Disponível em:

http://legacy.unifacef.com.br/rea/edicao01/ed01_art01.pdf. Acesso em: 10 jul. 2012.

DUARTE, E.; MARIA, A.C.; ERNESTO, F.R.V. Governança: Uma Investigação da Produção Científica Brasileira no Período de 2000 a 2009. **Contabilidade, Gestão e Governança**, v. 15, n. 1, p. 115-127, 2012.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F.; MEIRELLES, B. H. S. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p. 483-491, 2006.

ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S.; MINUZZI, H. Care management in nursing under the complexity view. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 1, 2008. Disponível em:<<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/1033>>. Acesso em: 14 dez. 2008.

ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M.; BACKES, D. S.; MELLO, A. L. S. F. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.2, p. 180-5, 2007.

ETKIN, J. E. **Gestión de la complejidad en las organizaciones**: las estrategias frente a lo imprevisto y lo impensado. Buenos Aires: Ediciones Granica, 2003.

FELLI, V. E. A; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT P, coordenadora. **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1-13.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M.; KURCGANT, P.; CIAMPONE; M. H. T. Trabalho gerencial dos enfermeiros. **PROENF Gestão**, v. 1, n.1,p. 11-39, 2011.

FIELD, A. **Descobrimdo a Estatística usando o SPSS**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRAY, B. Evaluating shared governance: measuring functionality of Unit Practice Councils at the point of care. **Creative Nursing**, v. 17, n. 2, p.87-95, 2011.

GALANTE, A. C. et al. A vinheta como estratégia de coleta de dados de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 357-363, 2003.

GARCIA, P. C. **Tempo de assistência de enfermagem em UTI e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional**. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

GASPARINO, R.C. **Adaptação cultural e validação do instrumento Nursing Work Index - Revised para a cultura brasileira** [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2008. 137p.

GASPARINO, R.C.; GUIARDELLO, E.B. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do “Nursing Work index - Revised”. **Acta Paul de Enfermagem**, v.22, n.3, p.281-287, 2009.

GASPARINO, R.C.; GUIARDELLO, E.B.; AIKEN, L.H. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n.23-24, p. 3494-501, 2011.

GLOUBERMAN, S.; MINTZBERG, H. Managing the care of health and the cure of disease - Part I: Differentiation. **Health Care Management Review**, v. 26, n. 1, p 56-69, 2001.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**.10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GOMES, E. L. R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. N. (Org.). **O trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-250.

GORMLEY, D. K. Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse turnover. **Journal of Nursing Management**, v. 19, n. 1, p. 33-40, 2011.
GREY, C. Pós-burocracia e gestão da mudança. In: GREY, C. **Um livro bom, pequeno e acessível sobre estudos organizacionais**. 2. ed.. Porto Alegre: Bookman, 2010.

HALL, H.; GRIFFITHS, D.; MCKENNA, L. From Darwin to constructivism: the evolution of grounded theory. **Nursing Research**, v.20, n.3, p.17-21, jan. 2013.

HAUSMANN, M. **Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado no município de São Paulo: possibilidades para o gerenciamento do cuidado.** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 258-65, 2009.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, v. 11, n. 2, p. 85-103, 2010.

HUGHES, R.; HUBY, M. The Application of Vignettes in Social and Nursing Research. **Journal of Advanced Nursing**, London, v. 37, n. 4, p. 382-386, 2002.

HUNTER A. et al. Navigating the grounded theory terrain. Part 1. **Nursing Research**, v.18, n.4, p.6-10, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA – IBGC. **Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa**. 4. ed. São Paulo: IBGC, 2009.

JOINT COMMISSION REASOURCES. **Temas e estratégias para a liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

KLOPPER, H.C. et al. Practice environment, job satisfaction and burnout of critical care nurses in South Africa. **Journal of Nursing Management**, v.20, n5, p. 685-95, jul. 2012.

KRAMER, M.; SCHMALENBERG, C.; MAGUIRE, P.; BREWER, B.B.; BURKE, R.; CHMIELEWSKI, L., et al. Walk the talk: promoting control of nursing practice and a patient-centered culture. **Critical Care Nurse**, v. 29, n. 3, p. 77-93, 2009.

KRAMER, M; SCHMALENBERG C.; MAGUIRE P.; BREWER, B.B.; BURKE, R.; CHMIELEWSKI L., et al. Structures and practices enabling staff nurses to control their practice. **Western Journal of Nursing Research**, v. 30, n. 5, p. 539-59, 2008.

KRAMER, M.; SCHMALENBERG, C.E. Magnet hospital nurses describe control over nursing practice. **Western Journal of Nursing Research**, v.25, n.4, p.434-52, jun. 2003.

LAGE, M.C. Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. **Educação Temática Digital**, Campinas, v.12, n.esp., p.198-226, mar. 2011.

LOMBORG, K.; KIRKEVOLD, M. Truth and validity in grounded theory – a reconsidered realist interpretation of the criteria: fit, work, relevance and modifiability. **Nursing Philosophy**, v.4, n.3, p. 189-200, out. 2003.

LOPEZ, P. A; MARINO AREVALO, A. Hacia una evolución en el campo del conocimiento de la disciplina administrativa: de la administración de empresas a la gestión de organizaciones. **Revista de la Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y reflexión**, vol.18, n.2, p. 75-93, 2010.

MARCHIONNI, C.; RITCHIE, J. Organizational factors that support the implementation of a nursing best practice guideline. **Journal of Nursing Management**, v. 16, n.3, p. 266-74, 2008.

MARTINS, V.A.; NAKAO, J.R.S; FÁVERO, N. Atuação gerencial do enfermeiro na perspectiva dos recém-egressos do curso de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 101-8, 2006.

MASTAL, M.F.; JOSHI, M.; SCHULKE, K. Nursing leadership: championing quality and patient safety in the boardroom. **Nursing Economics**, v. 25, n. 6, p. 323-30, 2007.

MCCALLIN, A. M.; FRANKSON, C. The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. **Journal of Nursing Management**, v. 18, n. 3, p. 319-325, 2010.

MCLEAN, K; TAYLOR, W. Identifying the barriers to implementing a quality initiative in primary care: the views of practices in Scotland on the Quality Practice Award. **Quality in Primary Care**, v. 15, n. 6, p. 353-9, 2007.

MCSHERRY, R.; PEARCE, P.; GRIMWOOD, K.; MCSHERRY, W. The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. **Journal of Nursing Management**, v. 20, n. 1, p. 7-19, 2012.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A. Gestão participativa em saúde e enfermagem: foco no processo de trabalho. **PROENF GESTÃO**, v. 1, n. 4, p. 65-88, 2012.

MEYER, R. M. Span of management: concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 63, n. 1, p. 104-112, 2008.

MILLS J.; BONNER A; FRANCIS K. The development of constructivist grounded theory. International. **Journal of Qualitative Methods**, vol. 5, n. 1, article 3, 2006. Disponível em: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5_1/PDF/MILLS.PDF. Acesso em: 25 jun. 2012.

MOORE, J; WEST, R.M.; KEEN, J; GODFREY, M; TOWNSEND. J. Networks and governance: the case of intermediate care. **Health Soc Care Community**, v. 15, n. 2, p. 155-64, 2007.

MOORE, S.C.; HUTCHISON, S.A. Developing leaders at every level: accountability and empowerment actualized through shared governance. **Journal of Nursing Management**, v. 37, n. 12, p. 564-8, 2007.

MOORE, S.C.; WELLS, N.J. Staff nurses lead the way for improvement to shared governance structure. **Journal of Nursing Management**, v. 40, n. 11, p. 477-82, 2010.

MORAES LOPES, M. H. B., et.al. Life experiences of Brazilian men with urinary incontinence and erectile dysfunction following radical prostatectomy. **Journal of wound, ostomy, and continence nursing:official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society/WOCN**, vol. 39, n. 1, p. 90-4, 2012.

MORENO, J. C. Fuentes, autores y corrientes que trabajan la complejidad. In: VELILLA, M. A. (Compilador). **Manual de iniciación pedagógica al pensamiento complejo**. ICFES: UNESCO, 2002. p. 11-24

MORIN, E. **Cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 17ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

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

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

MORIN, E. **O método 1**: a natureza da natureza. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. 2. ed. Lisboa : Europa-América, 1996.

MUNARI, D. B.; CHAVES, L. D. P.; PEDUZZI, M.; LAUS, A. M; FUGULIN, F. M. T; RIBEIRO, L. C. M.; SCOCHI, C. G. S. Cenário das pesquisas na pós-graduação na área de enfermagem e gerenciamento no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.45, n.spe, p. 1543-1550, 2011.

NEWMAN, K.P. Transforming organizational culture through nursing shared governance. **The Nursing clinics of North America**, v. 46, n. 1, p. 45-58, 2011.

PANUNTO, M.R. **Ambiente da Prática Profissional da Equipe de Enfermagem em Terapia Intensiva** [Dissertação]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil, 2012. 121p.

PARK, J; CATHERINE, M.A.; MOIRA, C. Improving patient care and clinical governance through the utilization of a clinical information 30 Jones S. Local implementation of the Essence of Care benchmarks. **Nursing Standard**, v. 22, n. 37, p. 35-40, 2008.

PAZ, P. O., et.al. Search by specialized training in occupational health nursing by nurses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 32, n.1, p. 23-30, 2011.

PEDUZZI M, DEL GUERRA D, BRAGA CP, LUCENA FS, SILVA JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 121-34, 2009.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 492-9, 2006.

PETTENGILL, M. A. M.; RIBEIRO, C. A. Teoria Fundamentada nos Dados. In.: MATHEUS, M. C. C.; FUSTIONI, S. M. (org.). **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006. p. 89-98.

PIERRE, J.; PETERS, B.G. **Governance, politics and the state**. New York: St. Martin's Press; 2000.

PLUMPTRE, T.; GRAHAM, J. **Governance and good governance: international and aboriginal perspectives**. Ottawa: Institute of Governance; 1999. Disponível em: www.iog.ca/publications/govgoodgov.pdf. Acesso em: 12 maio 2012.

POLIT; D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, M. L.; ORTIZ, M. L.; ACUÑA, V. R., RUIZ, M. A. V. Teoria Fundamentada: bases teóricas, metodológicas y aplicación en enfermería. In.: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T. E. (org.). **Investigación cualitativa en Enfermería: contexto y bases conceptuales**. Washington: Organización Panamericana de Salud, 2008. p.117-130.

PROCHNOW, A. G.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.41, n.4, p. 542-550, 2007.

RAPOSO, V.M.R. **Governança hospitalar**: uma proposta conceptual e metodológica para o caso português. 495 f. 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Doutorado em Organização e Gestão de Empresas, Coimbra, 2007.

ROBERTSON-MALT, S.; CHAPMAN, Y. Finding the right direction: the importance of open communication in a governance model of nurse management. **Contemporary Nurse**, v. 29, n. 1, p. 60-6, 2008.

ROCHA, A. M.; FELLI, V. E. A. A Saúde do Trabalhador de Enfermagem sob a ótica da Gerência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 453-58, 2004.

ROCHE, M.; DUFFIELD, C.; WHITE, E. Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. **International Journal of Nursing Studies**, v. 48, n. 12, p. 1475-86, 2011.

ROSENAU, J.N. **Governance in the Twenty-first Century**, Global Governance 1995: 1(1):13-45.

SAKELLARIDES, C. Health governance in a global post modern world - when Beauty meets the Beast. **Humanitas, Humanidades Médicas**, v. 1, n. 3, p. 91-100, 2003.

SANTOS, B.S. A crítica da governação neoliberal: O Fórum Social Mundial como política e legalidade cosmopolita subalterna. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 72, p. 7-44, 2005.

SANTOS, J. L. G. et al. Governança em enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 47, n. 6, p. 1417-1425, 2013.

SANTOS, JLG; GARLET, ER; LIMA, MADS. Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 30, n. 3, p. 525-32, 2009.

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n.4, p. 695-702, 2011.

SANTOS, J. L. G. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência**. 135 f. 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. D. S.; KLOCK, P.; ERDMANN, A. L. Conceptions of nurses on the management of care in an emergency service: descriptive-exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 11, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3580/html>; Acesso: 2 jun. 2012.

SANTOS, J.L.G; PROCHNOW, A.G.; LIMA, S.B.S.; LEITE, J.L.; ERDMANN, A.L. Concepções de comunicação na gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 959-965, 2011.

SANTOS, R. S. Para um olhar epistemológico da administração: problematizando seu objeto. SANTOS, R. S. (Org.) **A administração política como campo do conhecimento**. São Paulo; Salvador: Edições Mandacaru e Fundação Escola da Universidade Federal da Bahia, 2004.

SCALLY, G; DONALDSON, L.J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **The British Journal of General Practice**, v. 317, n. 7150, p. 61-5, 1998.

SCHMALENBERG, C.; KRAMER, M. Nurse-physician relationships in hospitals: 20000 nurses tell their story. **Critical Care Nurse**, v. 29, n.1, p. 74-83, 2009.

SERVA, M.; DIAS, T. A; ALPERSTEDT, G. D. Paradigma da complexidade e teoria das organizações: uma reflexão epistemológica. **Revista de Administração de Empresas**, vol. 50, n.3, p. 276-287, 2010.

SHIMIZU, H.E, et.al. Local health governance in central Brazil. **The Journal of Ambulatory Care Management**, vol. 32, n. 2, p. 132-40, 2009.

SILVA, A. B.; REBELO, L. M. B. A emergência do pensamneto complexo nas organizações. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 4, p.777-96, 2003.

SILVA, J. M. Em busca da complexidade esquecida. In: CASTRO, G.; CARVALHO, E. A.; ALMEIDA, M. C. (orgs.). **Ensaio de complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 2006. p. 93-102.

SKÅR, R. The meaning of autonomy in nursing practice. **Journal of Clinical Nursing**, v.19, n.15-16, p.2226-234, 2010.

SLATER, P. et al. Testing of the factor structure of the nursing work index-revised. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v.7, n.3, p.123-34, set. 2010.

SOUZA, W.F; ATHAYDE, M. Com quantos gestos se faz uma gestão em saúde? **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 135-157, 2011.

STANLEY, J.M.; GANNON; J.; GABUAT, J.; HARTRANFT, S.; ADAMS, N; MAYES, C. et al. The clinical nurse leader: a catalyst for improving quality and patient safety. **Journal of Nursing Management**, v. 16, n. 5, p. 614-22, 2008.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoria fundamentada**. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia, 2002.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**. v. 80, p. 217-222, 2003.

SURAKKA, T. The nurse manager's work in the hospital environment during the 1990s and 2000s: responsibility, accountability and expertise in nursing leadership. **Journal of Nursing Management**, v.16, n.5, p. 6525–6534, 2008.

TAROZZI, M. **O que é Grounded Theory?** Metodologia de pesquisa e da teoria fundamentada nos dados. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

TOMEY, A.M. Nursing leadership and management effects work environments. **Journal of Nursing Management**, v. 17, n. 1, p. 15-25, 2009.

YANEZ GALLARDO, R.; AHUMADA ALVARADO, H.; RIVAS AGUAYO, E. La técnica de viñeta y su aplicación en investigaciones en enfermería. **Ciencia y enfermería**, vol.18, n.3, p. 9-15, 2012.

WHITE, E; WINSTANLEY, J. Implementation of Clinical Supervision: educational preparation and subsequent diary accounts of the practicalities involved, from an Australian mental health [corrected] nursing innovation. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 16, n.10, p. 895-903, 2009.

WILKS, T. The use of vignettes in qualitative research into social work values. **Qualitative Social Work**, London, v. 3, n.1, p. 78-87, 2004.

WILSON, B; SQUIRES, M; WIDGER, K; CRANLEY, L; TOURANGEAU, A. Job satisfaction among a multigenerational nursing workforce. **Journal of Nursing Management**., v. 16, n. 6, p. 716-23, 2008.

WOLFF, L.D.G.; MAZUR, C.S.; WIEZBICKI, C.; BARROS, C.B.; QUADROS, V.A.S. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade semi-intensiva de um hospital universitário de Curitiba. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 171-82, 2007.

APÊNDICE A – Relatório de Estágio de Doutorado Sanduíche

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Filosofia e Cuidado em Saúde e
Enfermagem**



**RELATÓRIO DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO
DOUTORADO SANDUÍCHE NA KENT STATE UNIVERSITY,
OHIO, EUA**

**Doutorando: José Luís Guedes dos Santos
Orientadora: Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**

**FLORIANÓPOLIS
2013**

1. IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL E DA SUPERVISORA DO ESTÁGIO DE DOUTORADO SANDUÍCHE

- **Local:** Kent State University's College of Nursing, 113, Henderson Hall, P. O. Box 5190, Kent, OH, 44242, Estados Unidos
- **Supervisora:** Mary K. Anthony – PhD, RN, CS, Professor and Associate Dean for Research, Director of the PhD Program. E-mail: manthony@kent.edu
- **Período:** 01 de fevereiro a 30 de junho de 2013

A escolha do local de estágio ocorreu em função da experiência da Dra. Mary K. Anthony em estudos relacionados à Governança em Enfermagem, que é a temática sobre a qual versa minha tese. Nesse sentido, o objetivo principal do estágio foi obter aprofundamento teórico para subsidiar a discussão dos resultados da tese em desenvolvimento no Brasil, que tem como título provisório “Governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar”.

A *Kent State University* está classificada entre as 77 melhores universidades públicas de alta atividade de pesquisa dos Estados Unidos pela *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (<http://www.carnegiefoundation.org/>) e está ranqueada entre as 200 melhores universidades do mundo de acordo com dados *Times Higher Education*, uma London-based higher education magazine (www.timeshighereducation.co.uk/world-university-rankings).

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO COLLEGE OF NURSING E KENT STATE UNIVERSITY

Data	Descrição
04/02 - 11/05	Aluno ouvinte das seguintes disciplinas do Curso de Doutorado em Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Qualitative Research Methods in Nursing</i> • <i>Theory Construction and Development in Nursing</i> • <i>Quantitative Research Methods in Nursing Research</i> • <i>Bulding Scientific Rigor: Theoretical, Methodological and Analytical Synthesis of Healthcare Phenomenon</i>
04/02-28/06	Encontros regulares com a Dr. Mary Anthony para discutir o referencial teórico e resultados parciais da minha tese.
11/02	Participação da reunião do Spring13 College of Nursing

	International Activities Interest Group (CONIAIG) Meeting (FOTO 1)
04/02	<i>Engagement Series: Brown Bag Seminar: Nursing in Oman</i>
15/02	Workshop “How to Do a Literature Review”, apresentado pelo Dr. Paul Fermann e Dra. Clare Leibfarth na Kent State University Libraries
18/02	<i>Engagement Series: Brown Bag Seminar: Mixed-Methods: typology and controversies</i>
21/02	Proferi palestra intitulada “Grounded Theory: Strategies used by Brazilian Nursing researchers” na disciplina de <i>Qualitative Research Methods in Nursing</i>
22/03	Assisti a defesa oral do Doctor of Nursing Practice Scholarly Project “Utilization of the Practicum Clinical Experience to Address the Education to Practice Gap in Nursing”.
01/04	<i>Engagement Series: Brown Bag Seminar: Findings from CON initiatives: poetry study and care for the caregiver</i>
22-23/04	Systematic Review and Meta-Analysis Seminar, apresentado pelo Dr. Michael Borenstein no College of Public Health
29/04	Proferi palestra intitulada “ <i>Nursing in Brazil</i> ” no <i>Engagement Series: Brown Bag Seminar</i> . (FOTO 2)
11/05	<i>PhD Pizza Party</i> : festa de despedida e confraternização pelo encerramento do semestre e ano letivo
20/05	Visita das Dras. Alacoque Lorenzini Erdmann, Selma Regina de Andrade e encontro com as Dras. Laura Dzurec (Diretora do College of Nursing), Mary K. Anthony, Ratchneewan Ross (Diretora de Assuntos Internacionais) e Sarah Malcolm (Coordenadora do Escritório de Convênios Internacionais da KSU) para discutir possibilidades de pesquisa colaborativa entre UFSC e KSU, bem como oportunidades de intercâmbio para estudantes e professores (FOTO 3)
28/06	Encontro com a Dra. Mary K. Anthony para encerramento e avaliação das atividades realizadas

3. VISITAS A OUTRAS UNIVERSIDADES E ESCOLAS DE ENFERMAGEM

- Ohio State University, Columbus, Ohio
- Duke University, Durham, North Caroline
- University of Illinois at Chicago, Chicago, Illinois
- University of Illinois at Urbana-Champaign, Urbana-Champaign, Illinois
- Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio
- The Akron University, Akron, Ohio

- New York University, New York, New York
- Columbia University, New York, New York

4. VISITAS A HOSPITAIS

- Duke University Hospital, Durhan, North Caroline
- University Hospitals, Cleveland, Ohio
- Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio
- Suma Hospital, Akron, Ohio

4. PARTICIPAÇÃO EM WORKSHOPS

- *“Developing a winning Abstract & Poster”*, promovido pelo Cleveland Clinic, Office of Nursing Education & Professional Practice Development, Cleveland, Ohio (05/05).
- *“Grounded Theory Methodologies”* apresentado pela Dra. Kathy Charmaz e promovido pela The University of Illinois at Urbana Champaign, Urbana–Champaign, Illinois (16/05). (FOTO 5)

5. PARTICIPAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS EM EVENTOS CIENTIFICOS

- *Driving the future: today's inspiration, tomorrow's innovation*, promovido pela *Kent State University's College of Nursing*, Kent, Ohio
- *9th Annual Nursing Research Conference - Nursing Research: It starts with you*, promovido pelo *Cleveland Clinic, Office of Nursing Education & Professional Practice Development*, Cleveland, Ohio (05 – 06/05/2013).
 - Trabalho apresentado:
 - *Nurses' challenges for the management of emergency care in South of Brazil* (apresentação oral). (FOTO 6)
- *Patients's insights into caring 'who cares'*, promovido pelo *University Hospitals*, Cleveland, Ohio (08/05/2013).
- *The Ninth International Congress of Qualitative Inquiry*, promovido pela *University of Illinois at Urbana–Champaign*, Illinois (15 – 18/05/2013):
 - Trabalhos apresentados:

- *Managing the nursing care in an emergency room in Florianópolis, SC, Brazil* (poster). (FOTO 7)
- *Managerial communication in hospital nursing: obstacles and how to overcome them* (poster). (FOTO 7)
- *Pleasure and suffering in nursing management in the hospital context* (apresentação oral). (FOTO 8)

6. CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESSOAL

A realização do Estágio de Doutorado Sanduíche foi uma experiência extremamente valiosa para a minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

As aulas das disciplinas do Doutorado em Enfermagem e os encontros com a Dr. Mary K. Anthony possibilitaram-me descobrir autores e obras que estão sendo fundamentais para o aprofundamento teórico e conceitual dos resultados da minha Tese. Associado a isso, com a participação em *workshops* e eventos científicos foi possível aprimorar meu pensamento crítico e científico como Doutorando e, principalmente, ampliar meu *background* profissional para, futuramente, como Doutor, explorar nas minhas atividades de ensino, pesquisa e extensão novas possibilidades metodológicas e temáticas ainda pouco difundidas no cenário da pesquisa em enfermagem no Brasil.

As visitas a outras universidades contribuíram para uma melhor compreensão da estruturação e organização do ensino superior nos Estados Unidos. De forma semelhante, as visitas aos hospitais possibilitaram conhecer a estrutura física, os processos de organização do cuidado e práticas de gestão e governança de instituições reconhecidas nacionalmente e internacionalmente pela sua excelência assistencial.

Também estou contente por ter contribuído com as discussões sobre um possível acordo de cooperação institucional entre *Kent State University* e Universidade Federal de Santa Catarina, bem como com o delineamento de um projeto de pesquisa a ser executado entre professores e estudantes dos Departamentos de Enfermagem das duas Universidades. Trata-se de uma proposta submetida à chamada de projetos MEC/MCTI/CAPES/CNPq/FAPs Nº 71/2013 e que contempla meu futuro plano de trabalho para Estágio Pós-Doutoral, a vinda da

minha supervisora para o Brasil como Pesquisador Visitante Especial e também a ida de outros doutorandos para Estágio de Doutorado Sanduíche na *Kent State University*.

Por fim, mas não menos importante, destaco que o contato com outros valores, costumes e as novas amizades estabelecidas com pessoas de diferentes culturas também se constituíram em valiosas contribuição por meu aprimoramento e amadurecimento pessoal. Sinto-me muito orgulhoso dos desafios superados e da aprendizagem construída ao longo do Doutorado Sanduíche, principalmente considerando que esta foi a primeira experiência internacional.

Dessa forma, gostaria de registrar alguns agradecimentos:

- Kent State University's College of Nursing: muito obrigado a todos os professores e funcionários, em especial Dras. Mary Anthony and Ratchneewan Ross, pelo acolhimento, disponibilidade e atenção dispensada, que foram fundamentais para que o êxito do meu Doutorado Sanduíche fosse possível.
- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, agradeço o incentivo e o suporte recebido dos funcionários técnico-administrativos e docentes, principalmente das Dras. Flávia Ramos e Vânia Backes e da secretária acadêmica Rafaela Céspedes. Também registro o meu reconhecimento e agradecimento especial a minha orientadora, Dra. Alacoque Erdmann, e colegas do GEPADES que estiveram presentes me incentivando e auxiliando durante todos os momentos do Doutorado Sanduíche.
- Família *Griffiths*, minha *american host family*, que realmente fez com que eu me sentisse em casa durante os cinco meses de Doutorado Sanduíche nos Estados Unidos.
- Ministério da Educação, agradeço pela bolsa de Doutorado Sanduíche no Exterior, concedida por meio do Programa Ciências sem Fronteiras/CNPq, que tornou possível a realização deste estágio.

DECLARAÇÃO E AVALIAÇÃO DA SUPERVISORA ACERCA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS



June 28, 2013

Coordenação de Execução de Bolsas no Exterior – COEBE
National Council for Scientific and Technological Development – CNPq
SHIS QI 1 Conjunto B - Blocos A, B, C e D
Lago Sul - Brasília, DF, Brazil - Cep: 71605-001

RE: Jose Luis Guedes dos Santos

Jose Luis Guedes dos Santos, a PhD Nursing Student from Federal University of Santa Catarina, Florianopolis, SC, was a visiting scholar at Kent State University's College of Nursing from February 04 to June 28, 2013. The purpose of his visit was to further develop his dissertation research on shared governance in hospitals in Brazil.

Jose Luis participated in a number of academic and professional activities that extended his conceptual, methodological and practice-based understanding of shared governance in the U.S. He attended classes in the PhD program, participated in educational offerings such as brown bag engagement lectures, attended conferences and workshops and was a presenter at conferences. Jose Luis continued in his development of the theoretical framework and the preliminary analysis of his dissertation data. During these activities, his performance demonstrated a scholarly approach to understanding a phenomenon new to nursing in Brazil. He was able to integrate new literature and ideas into his thinking, ask relevant questions and share insights. Jose Luis initiated the groundwork for future collaborative research projects.

In summary, the period of study at Kent State was useful to Jose Luis in furthering the development of shared governance, a model recognized for its importance to nurse and patient outcomes. It was a pleasure to host Jose Luis and believe his work will be an asset to knowledge development and nursing practice in Brazil.

I appreciate the opportunity to work with Jose Luis and if you have further question, please do not hesitate to contact me.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads "Mary K. Anthony".

Mary K. Anthony, PhD, RN, CS
Professor and Associate Dean for Research
Director of the PhD Program
(voice) 330-672-8824
(email) manthony@kent.edu

College of Nursing

P.O. Box 5190 • Kent, Ohio 44242-0001
Main Office: 330-672-7930 • Fax: 330-672-5003
Email: nursing@kent.edu • <http://www.kent.edu/nursing>

FOTOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

FOTO 1 – Reunião do Spring13 College of Nursing International Activities Interest Group (CONIAIG)



FOTO 2 – Palestra intitulada “Nursing in Brazil” no *Engagement Series: Brown Bag Seminar*



FOTO 3 – Visita das Dras. Alacoque Lorenzini Erdmann e Selma Regina de Andrade para discutir possibilidades de pesquisa colaborativa entre UFSC e KSU



FOTO 5 – Com a Dra. Kathy Charmaz durante o workshop “*Grounded Theory Methodologies*”, The University of Illinois at Urbana Champaign, presented, Urbana–Champaign, Illinois



FOTO 6 – Apresentação oral no *9th Annual Nursing Research Conference*, promovido pelo *Cleveland Clinic, Office of Nursing Education & Professional Practice Development*, Cleveland, Ohio.



FOTO 7 – Posters apresentados no *The Ninth International Congress of Qualitative Inquiry*, promovido pela *University of Illinois at Urbana-Champaign*, Urbana-Champaign, Illinois



FOTO 8 – Apresentação oral no *The Ninth International Congress of Qualitative Inquiry*, promovido pela *University of Illinois at Urbana-Champaign*, Urbana-Champaign, Illinois



APÊNDICE B – Ficha de Caracterização Pessoal, Profissional e do Ambiente de Trabalho

DADOS PESSOAIS	
1. Idade: _____ anos.	
2. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	
3. Estado Civil: (1) Solteiro (2) Viúvo (3) Casado (4) Separado (5) Divorciado (6) Outros: _____	
DADOS PROFISSIONAIS	
4. Instituição em que trabalha atualmente:	(1) Privada (2) Pública (3) Filantrópica
5. Ano de conclusão da graduação em enfermagem: _____	
6. Tempo de experiência como enfermeiro: _____	
7. Formação profissional:	(1) Só graduação (2) Aprimoramento (3) Residência (4) Especialização (5) Mestrado (6) Doutorado (7) Outros: _____
8. Tipo de admissão:	(1) Concurso Público (2) Processo Seletivo
9. Unidade/Setor em que trabalha: _____	
10. Turno de trabalho: (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite (4) Outros: _____	
11. Qual o n.º médio de pacientes sob sua responsabilidade durante o seu turno de trabalho? _____	
12. Tempo de trabalho na unidade: _____ anos _____ meses	
13. Tempo de trabalho na instituição: _____ anos _____ meses	
14. Possui outro vínculo empregatício? (1) Sim (2) Não	
15. Carga horária semanal de trabalho incluindo o outro vínculo empregatício: _____	

Ambiente de trabalho

Por favor, para as questões abaixo, responda:

16. Como você se sente em relação ao seu trabalho atual?	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
	1	2	3	4

17. Como você avalia a qualidade do cuidado de enfermagem prestado ao paciente?	Muito Ruim	Ruim	Boa	Muito Boa
	1	2	3	4

18. Indique abaixo de zero a 10 o ponto que melhor descreve a sua intenção em deixar o seu trabalho atual, no próximo ano.

Nenhuma										Muita
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

APÊNDICE C – Vinhetas para coleta de dados qualitativos

Vinheta 1

Andreia é enfermeira de uma unidade de clínica médica. Durante a passagem de plantão, ela recebe a informação que a Dona Maria, paciente terminal com câncer, decidiu sair do hospital, contrariando determinações médicas. O médico deseja mantê-la no hospital para melhor controle da dor e porque acredita que em casa ela morrerá em poucos dias. Imediatamente, você vai ao quarto da paciente para levantar dados sobre a situação. Dona Maria diz que o médico a informou da possibilidade de morte em seis semanas e que ela deseja passar este período ao lado da família e amigos. Andreia acha que a paciente tem “direito” de decidir quanto a sua permanência ou não no hospital.

- O que você acha que a enfermeira Andreia deve fazer? Você considera que ela tem poder formal para se posicionar em relação ao caso? Que alternativas de ação ela tem?

Vinheta 2

A unidade de Clínica Médica estava agitada no dia de ontem devido há várias intercorrências e duas paradas cardiorrespiratórias (sendo que um paciente foi a óbito e outro transferido para a UTI). Além disso, uma técnica de enfermagem apresentou atestado e outra faltou no turno da manhã. Para ajudar no atendimento aos pacientes, Luana, que é técnica de enfermagem no Centro de Material, foi enviada pela supervisão de enfermagem. Ao administrar a medicação das 10 horas, Luana trocou os medicamentos de dois pacientes que estavam em uma mesma enfermaria. Comunicou o fato 20 minutos depois do ocorrido para a enfermeira responsável pelo setor quando percebeu o erro cometido.

- Como enfermeiro do setor, qual seria a sua atuação em relação ao ocorrido e a todos os envolvidos nesse episódio?

Vinheta 3

Por que Beth não se candidata ao cargo?

Beth tem 34 anos, tem grande conhecimento clínico, é muito madura, tem excelentes habilidades interpessoais (liderança, comunicação, etc.) e é bastante respeitada pela equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde do seu setor de trabalho. Por essas características, ela foi incentivada pela direção de enfermagem a assumir o cargo de gerente de enfermagem da unidade. No entanto, Beth não quer se candidatar ao cargo.

- Cite e justifique possíveis razões pelas quais Beth não quer assumir o cargo de chefia/gerente de enfermagem da unidade.
- Você, no lugar de Beth, assumiria o cargo? Justifique sua resposta.

Vinheta 4

Quando um subordinado passa por cima da sua autoridade

Você é enfermeiro chefe de uma unidade de internação clínica. Uma de suas enfermeiras, Joana, acaba de solicitar uma semana de folga para participar de uma conferência internacional sobre patologias relacionadas à internação clínica. Joana quer usar o período de férias a ela designado para esse compromisso, sendo que ela mesmo pagará as despesas. A conferência será daqui a um mês, e você fica um tanto irritado(a), porque Joana não solicitou isso mais cedo. Esse pedido entra em conflito com um período de férias que você deu há outro enfermeiro, que as solicitou há três meses.

Você nega o pedido a Joana, explicando que precisará dela nessa semana. Ela protesta, dizendo que a conferência beneficiará a unidade e repetindo que os custos serão por conta própria. Você usa de firmeza e cordialidade ao recusar. Mais tarde, Joana vai ao supervisor da unidade para solicitar o mesmo pedido. Embora ele apoie sua decisão, você acha que a enfermeira passou por cima de sua autoridade de forma inadequada no trato da questão.

- O que fazer com Joana? Decidir sua abordagem e justificá-la.

APÊNDICE D – Roteiro para entrevistas intensivas

ENTREVISTA n°: _____

PARTE I – Dados sócio profissionais

1. Idade: ___ anos
2. Sexo: () M () F
3. Tempo de atuação: () na Enfermagem, () no Hospital e () Setor
4. Titulação: () Graduação () Especialista () Mestre () Doutor
Em caso, de formação em nível de Pós-Graduação, especificar área.
5. Turno de trabalho: (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite (4) Outros: _____
6. Possui outro vínculo empregatício? (1) Sim (2) Não
7. Carga horária semanal de trabalho incluindo o outro vínculo empregatício: _____

PARTE II – Questões

1º e 2º grupos amostrais

1. Conte-me sobre suas experiências em relação:
 - Ao gerenciamento da unidade hospitalar
 - Ao gerenciamento do processo de cuidar
 - Ao gerenciamento da equipe de enfermagem
 - À participação no processo de gestão de enfermagem da organização hospitalar
 - À sua atuação na conexão/articulação entre os profissionais de saúde e enfermagem
2. Qual o significado de governança para você?
3. Quais as estratégias que você utiliza para exercer governança sobre a sua prática profissional? E sobre o cuidado de enfermagem?
4. O que poderia contribuir para que você tivesse maior governança sobre a sua prática profissional/prática profissional de enfermagem?

3º grupo amostral

1. Como você visualiza a atuação do enfermeiro no ambiente hospitalar?
2. Como você percebe o processo de gestão/governança de enfermagem no ambiente hospitalar?
3. Em quais situações você costuma se reportar ao enfermeiro?
4. Em sua opinião, como acontece o trabalho em equipe na unidade hospitalar?

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, pesquisadora responsável, juntamente com uma equipe de pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisas de Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde – GEPADES, vinculado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada **“GOVERNANÇA DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”**. O estudo tem como objetivos principais: identificar características do ambiente de trabalho que favorecem a prática profissional do enfermeiro e compreender os significados e as experiências de enfermeiros relacionados à governança da prática profissional de enfermagem neste hospital universitário.

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, em um primeiro momento, por meio de um questionário e, posteriormente, por meio de uma entrevista, que será gravada e transcrita. Para a análise das informações será utilizado o processo analítico da Teoria Fundamentada em Dados e métodos estatísticos para análise dos dados quantitativos. 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 retirar o seu consentimento a qualquer momento, sendo necessário que entre em contato com os pesquisadores através do e-mail joseenfermagem@gmail.com (Doutorando José Luís Guedes dos Santos), ou por telefone no número (48)8477-0428. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhum 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.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo com a minha inclusão na pesquisa.

Data: ____ / ____ / ____.

Nome do participante:

_____.

RG: _____ CPF:

_____.

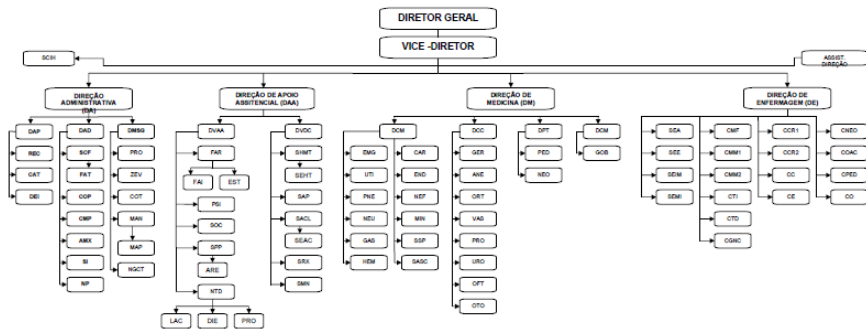
Assinatura do participante:

_____.

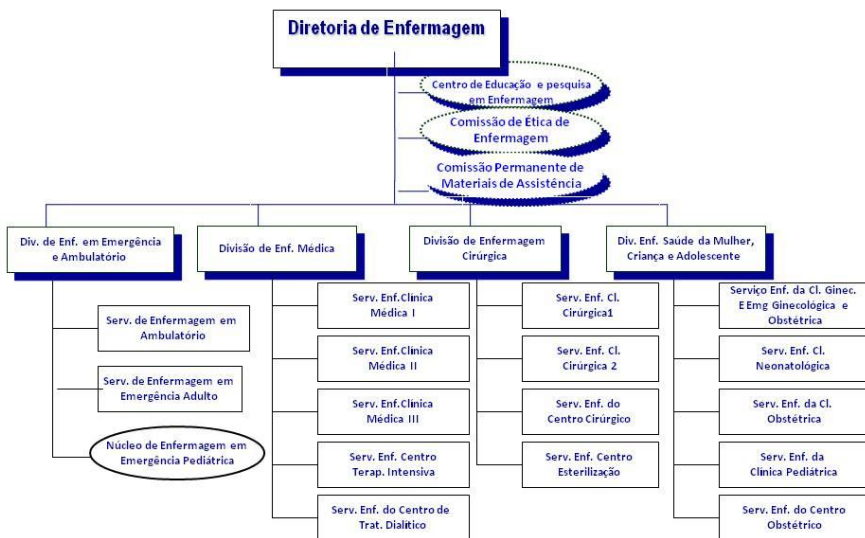
Assinatura do pesquisador:

_____.

ANEXO A – Organograma da Direção Geral do Hospital Universitário



ANEXO B – Organograma da Direção de Enfermagem do Hospital Universitário



ANEXO C – Nursing Work Index - Revised - Versão Brasileira

Por favor, indique para cada item, nesta seção, até que ponto você concorda que ele está presente em seu trabalho atual. Indique o quanto você concorda, fazendo um círculo em volta do número apropriado.

	Presente no trabalho atual	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
1	Serviço de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes.	1	2	3	4
2	Os médicos e os enfermeiros possuem boas relações de trabalho	1	2	3	4
3	Um bom programa de orientação para enfermeiros recém-contratados	1	2	3	4
4	Uma equipe de supervisores que dá suporte aos enfermeiros	1	2	3	4
5	Um salário satisfatório	1	2	3	4
6	A enfermagem tem controle sobre sua prática	1	2	3	4
7	Programas de educação continuada eficazes, no serviço, para os enfermeiros	1	2	3	4
8	Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional	1	2	3	4
9	Oportunidade para os enfermeiros participarem das decisões administrativas	1	2	3	4

10	Suporte às ideias novas e criativas referentes aos cuidados do paciente	1	2	3	4
11	Tempo e oportunidade suficientes para discutir, com outros enfermeiros, os problemas relacionados aos cuidados do paciente	1	2	3	4
12	Equipe com número suficiente de enfermeiros para proporcionar aos pacientes um cuidado com qualidade	1	2	3	4
13	O gerente de enfermagem é um bom administrador e líder	1	2	3	4
14	O diretor do departamento de enfermagem é acessível e sempre presente para a equipe	1	2	3	4
15	Flexibilidade na alteração da escala de trabalho	1	2	3	4
16	Equipe suficiente para realizar o trabalho	1	2	3	4
17	Liberdade para tomar decisões importantes no cuidado ao paciente e no trabalho	1	2	3	4
18	Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito	1	2	3	4
19	Enfermeiros especialistas que oferecem orientação no cuidado do paciente	1	2	3	4

20	“Enfermagem por equipe” como sistema de prestação da assistência de enfermagem (“Enfermagem por equipe”: quando o enfermeiro designa ao auxiliar/técnico de enfermagem a responsabilidade pelo cuidado de um determinado número de pacientes)	1	2	3	4
21	“Cuidado total ao paciente” como sistema de prestação da assistência de enfermagem (“Cuidado total ao paciente”: quando enfermeiros assumem total responsabilidade pelo atendimento de todas as necessidades dos pacientes a eles designados durante suas horas de trabalho)	1	2	3	4
22	“Enfermeiro de referência” como sistema de prestação da assistência de enfermagem (“Enfermeiro de referência”: quando o enfermeiro assume a responsabilidade pelo planejamento do cuidado de um paciente desde sua admissão até o momento da alta)	1	2	3	4

23	Boas relações com outros serviços de apoio como o de serviços gerais e o de nutrição	1	2	3	4
24	Não ser colocado em uma posição de ter que realizar atribuições que são contra meus princípios	1	2	3	4
25	Altos padrões de cuidados de enfermagem são esperados pela administração	1	2	3	4
26	O diretor do Departamento de Enfermagem tem o mesmo poder e autoridade que outros diretores da alta administração do hospital	1	2	3	4
27	Enfermeiros e médicos trabalham muito em equipe	1	2	3	4
28	Os médicos fornecem cuidados de alta qualidade	1	2	3	4
29	Oportunidades de aperfeiçoamento	1	2	3	4
30	A equipe de enfermagem recebe apoio para avançar na carreira profissional	1	2	3	4
31	Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente	1	2	3	4
32	Os enfermeiros participam ativamente dos esforços para controlar custos	1	2	3	4

33	Trabalho com enfermeiros que são clinicamente competentes	1	2	3	4
34	A equipe de enfermagem participa na escolha de novos equipamentos	1	2	3	4
35	O gerente de enfermagem dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico	1	2	3	4
36	Uma administração que ouve e responde às preocupações dos trabalhadores	1	2	3	4
37	Um programa atuante de garantia da qualidade	1	2	3	4
38	Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas)	1	2	3	4
39	Colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos	1	2	3	4
40	Um programa de tutoria para enfermeiros recém contratados	1	2	3	4
41	O cuidado de enfermagem é baseado mais em modelos de enfermagem do que em modelos médicos	1	2	3	4

42	Os enfermeiros têm oportunidade de participar de comissões do hospital e de enfermagem	1	2	3	4
43	As contribuições que os enfermeiros fazem para o cuidado do paciente são reconhecidas publicamente	1	2	3	4
44	Os gerentes de enfermagem consultam sua equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia	1	2	3	4
45	O ambiente de trabalho é agradável, atraente e confortável	1	2	3	4
46	Oportunidade de trabalhar em uma unidade altamente especializada	1	2	3	4
47	Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes	1	2	3	4
48	A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo enfermeiro cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos)	1	2	3	4
49	Os enfermeiros que trabalham regular e permanentemente juntos nunca têm que cobrir outra unidade	1	2	3	4

50	Os enfermeiros participam ativamente na elaboração de sua escala de trabalho (isto é: dias que devem trabalhar; folgas, etc.)	1	2	3	4
51	Padronização de normas e procedimentos	1	2	3	4
52	Uso de diagnósticos de enfermagem	1	2	3	4
53	Deslocamento de pessoal para equilibrar as equipes entre as unidades	1	2	3	4
54	Cada unidade de enfermagem determina suas próprias normas e procedimentos	1	2	3	4
55	Uso de um prontuário médico orientado por problema (sistema de organização do prontuário, em que as anotações, terapêutica e diagnóstico estão relacionados a um problema específico)	1	2	3	4
56	Trabalho com enfermeiros experientes que “conhecem” o hospital	1	2	3	4
57	Os planos de cuidados de enfermagem são transmitidos verbalmente de enfermeiro para enfermeiro	1	2	3	4

Fonte: GASPARINO, R.C.; GUIRARDELLO, E.B. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do “Nursing Work Index - Revised”. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 281-7, 2009

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GOVERNANÇA DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Alacoque Lorenzini Erdmann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09885612.1.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 144.436

Data da Relatoria: 12/11/2012

Apresentação do Projeto:

"GOVERNANÇA DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO"
Este projeto está vinculado academicamente ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) e ao macro-projeto intitulado Melhores práticas de gestão/gerência em ambiente hospitalar: governança e standards na enfermagem e saúde. A crescente complexidade dos processos de produção do cuidado de saúde têm fomentado indagações e investigações em nível global sobre a reestruturação dos modelos de gestão das organizações e serviços de saúde, especialmente das instituições hospitalares. No início do século XX, os hospitais organizaram-se com base nos princípios da administração científica, que preconizavam a divisão do trabalho em tarefas, controle de tempos e movimentos e centralização do poder e da autoridade, seguindo uma hierarquia vertical que desce do topo para a base, e à medida que sobe na escala hierárquica, aumentam o grau de responsabilidade atribuída e o nível de poder. Os pressupostos desse modelo visam à especialização do funcionário, à economia do tempo, e, conseqüentemente, ao aumento da produtividade. Tais princípios, no entanto, não respondem mais às expectativas dos profissionais, dos pacientes e das próprias instituições, pois, com base nessa lógica, as tarefas tornam-se repetitivas e desconectadas do todo, a comunicação fica extremamente prejudicada e o trabalho hospitalar não é desenvolvido com foco nas necessidades do paciente. Desse modo, emerge a necessidade de se pensar na ampliação do poder de influência das deliberações por meio da

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



adoção de metodologias de gestão participativas ou de cogestão em todos os níveis das instituições. Entre as estratégias contemporâneas que têm sido discutidas internacionalmente para a gestão em saúde e enfermagem, destaca-se a emergência do conceito de Governança. O conceito de Governança perpassa o conjunto de práticas que visam a otimizar o desempenho de uma organização, protegendo todas as partes interessadas, ou ainda, o sistema para o qual elas são dirigidas, monitoradas e incentivadas, considerando o relacionamento entre todos os interessados, inclusive como formas de fazer com que os que não participam diretamente da gestão da instituição exerçam algum tipo de controle sobre as decisões dos gestores.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é compreender os significados e as experiências dos enfermeiros em relação à governança da prática profissional de enfermagem no contexto hospitalar e os elementos que favorecem a governança da prática profissional do enfermeiro. Secundariamente caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros de um hospital universitário, especialmente em relação à síndrome de Burnout.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores a pesquisa não envolverá riscos de natureza física ou psicológica, nem acarretará implicações institucionais aos seus participantes e, os benefícios do estudo são visualizados no sentido de contribuir com a visibilidade da profissão e a própria atuação dos enfermeiros na gestão de enfermagem e governança sob as práticas de enfermagem no contexto hospitalar. Além de contribuir com o aprimoramento das práticas de gestão em enfermagem e saúde no ambiente hospitalar; os resultados deste estudo poderão constituir novas temáticas para discussão sobre o ensino de enfermagem ou formação de recursos humanos em pesquisa de enfermagem, como também fomentar outras investigações na área da Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de pesquisa coordenado pela Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, uma pesquisa exploratória, descritiva e analítica, realizada a partir de métodos mistos. A operacionalização deste estudo ocorrerá em dois momentos: o primeiro será destinado à coleta de dados quantitativos; e, o segundo, à coleta de dados qualitativos. O primeiro momento será desenvolvido um estudo transversal, do tipo survey, com abordagem quantitativa. Os participantes serão todos os enfermeiros do HU/UFSC que aceitarem participar. A coleta de dados será por meio de um questionário composto por 3 partes: 1. Caracterização com dados sócio-profissionais; 2. Nursing Work Index- Revised - Versão Brasileira; e, 3. Inventário de Burnout de Maslach. Os participantes da pesquisa serão elencados a partir da realização do estudo por meio da

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



composição de grupos amostrais com indivíduos que tenham experiências relevantes em relação ao fenômeno investigado. O primeiro grupo amostral será composto, de forma indutiva, por enfermeiros assistenciais e chefes de enfermagem das Divisões de Enfermagem. Os demais grupos amostrais serão constituídos a partir da análise dos dados emergidos da coleta de dados com o primeiro grupo e utilizando-se a estratégia de amostragem de rede, também conhecida como bola de neve. Os dados serão coletados por meio de duas técnicas: vinheta e entrevista intensiva. Para análise dos dados, será adotado o método de análise comparativa constante, por meio dos processos de codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Projeto bem estruturado, devidamente documentado e TCLE adequado aos participantes da pesquisa. Assim, recomendamos a sua aprovação

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação completa.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado recomenda que os pesquisadores relitam sobre os possíveis riscos da pesquisa.

FLORIANOPOLIS, 12 de Novembro de 2012

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br