

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

SIMONE COELHO AMESTOY

**LIDERANÇA DIALÓGICA:
PERSPECTIVAS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS-
LÍDERES**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2012**

SIMONE COELHO AMESTOY

**LIDERANÇA DIALÓGICA:
PERSPECTIVAS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS-
LÍDERES**

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

Orientador: Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2012**

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

Amestoy, Simone Coelho

Liderança dialógica: [tese] : perspectivas na formação de enfermeiros-líderes / Simone Coelho Amestoy ; orientadora, Vânia Marli Schubert Backes - Florianópolis, SC, 2012.
238 p. ; 21cm

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem . 3. Liderança. 4. Educação em Enfermagem. I. Backes, Vânia Marli Schubert . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

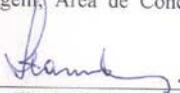
SIMONE COELHO AMESTOY

**LIDERANÇA DIALÓGICA: PERSPECTIVAS NA FORMAÇÃO
DOS ENFERMEIROS-LÍDERES**

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

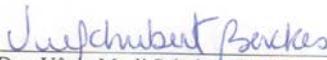
DOCTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 25 de maio de 2012, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



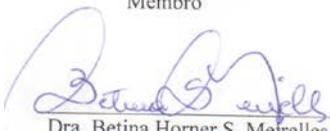
Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Presidente



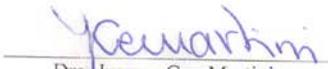
Dra. Maira Buss Thofern
Membro



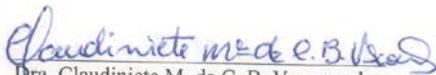
Dr. Luiz Aníldo Anacleto da Silva
Membro



Dra. Betina Horner S. Meirelles
Membro



Dra. Jussara Gue Martini
Membro



Dra. Claudinete M. da C. B. Vasconcelos
Membro

*“Não é no silêncio que os homens se fazem,
mas na palavra, no trabalho,
na ação-reflexão”*

Paulo Freire

*Dedico este trabalho aos meus pais,
Zoila Coelho Amestoy e Silvio Pedro
Amestoy pelo apoio em todos os
momentos, pelo incentivo ao estudo e
principalmente, por estarem sempre
presentes em minha caminhada.*

AGRADECIMENTOS

À professora **Dra Vânia Marli Schubert Backes**, pelo imenso apoio na construção da Tese, além da amizade, carinho e incentivo constante.

À professora **Dra. Maira Buss Thofehn**, que sempre acreditou em meus sonhos, participando ativamente em sua concretização.

À colega **Letícia de Lima Trindade**, pela amizade verdadeira, sonhos compartilhados e pelo apoio nos vários momentos que passamos juntas. Nossa amizade foi um grande presente!

Aos **professores** do Programa de Pós-graduação da UFSC, pelo auxílio no processo de formação e pelos incansáveis investimentos na qualificação do Programa.

Aos **colegas** do Programa de Pós-graduação da UFSC, pelos momentos que compartilhamos e pelas trocas oportunizadas em nossa convivência, em especial às colegas, **Roberta Waterkemper e Maria Aparecida Baggio**.

Aos professores e colegas do **EDEN**, pela acolhida, pelos encontros e discussões que contribuíram para a construção do conhecimento.

Aos **enfermeiros** do Hospital Imperial de Caridade, do Hospital Celso Ramos e do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago que participaram do estudo e compartilharam seus pensamentos e suas vivências sobre liderança, os quais acreditam em uma Enfermagem melhor.

À amiga e colega de profissão **Elisa Kuse**, pela cumplicidade e amizade.

Aos **Colegas de trabalho da UFPel**, pelo incentivo constante e apoio para que eu conseguisse tornar este sonho realidade.

À amiga, **Viviane Marten Milbrath**, pelo auxílio em todos os momentos, meu carinho, amizade e profundo agradecimento.

*Aos amigos e colegas do **NEPEN**, em especial à **Adrize Rutz Porto** e **Isabel Cristina Arrieira**, pela torcida e apoio.*

*À minha grande amiga **Elvira Prestes Cardozo**, pelos nossos longos anos de convivência, pelas palavras de conforto e incentivo, mas principalmente pela nossa amizade maravilhosa.*

*Aos **meus pais**, pelo estímulo, compreensão e incentivo para que eu pudesse alcançar meus objetivos tão almejados.*

*À minha **irmã Carmen Adriana Amestoy**, pelo carinho, cumplicidade e amor incondicional.*

*À **Deus**, por ter me dado força para continuar minha caminhada, não me deixando esmorecer mesmo nos momentos mais difíceis.*

*E a **todas as pessoas queridas** que contribuíram para a realização deste trabalho.*

AMESTOY, Simone Coelho. **Liderança dialógica**: perspectivas na formação de enfermeiros-líderes. 2012. 238 p. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Dra Vânia Marli Schubert Backes
Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo geral compreender o exercício da liderança como competência profissional na prática desenvolvida pelo enfermeiro em hospitais gerais de Florianópolis, Santa Catarina. E como objetivos específicos: conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança, identificar os desafios vivenciados na prática da liderança, por enfermeiros que foram técnicos de enfermagem, compreender os principais conflitos vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar, bem como as estratégias adotadas para seu enfrentamento e analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que facilitam a adoção da liderança dialógica no ambiente hospitalar. Com o intuito de fundamentar o estudo, utilizou-se o referencial teórico de Paulo Freire, o qual permitiu a reflexão e tessitura de novas perspectivas frente à formação do enfermeiro-líder. A pesquisa retrata uma abordagem qualitativa do tipo descritiva, na qual foi usado o estudo de caso como estratégia de investigação. Participaram do estudo 25 enfermeiros que trabalham em três hospitais da cidade de Florianópolis, destes 10 trabalham no Hospital Imperial de Caridade, 10 no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e cinco no Hospital Governador Celso Ramos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número do Processo 658/10. As informações foram obtidas de maio a dezembro de 2010. Para coleta dos dados realizou-se entrevistas semi-estruturadas, observação não-participante, totalizando 100 horas de observação e oficinas dialógicas, sendo realizadas três oficinas, uma em cada hospital. Os dados foram analisados por meio da proposta operativa de Minayo, emergindo três temas: Formação do enfermeiro-líder, Exercício da Liderança na prática profissional e Estratégias que facilitam o exercício da liderança, os quais foram desdobrados em categorias e subcategorias, destacando-se quatro

categorias: Processo de ensino aprendizagem da liderança, Ascensão profissional, Gerenciamento de conflitos e Liderança dialógica. A partir dos resultados, salienta-se a ênfase do tecnicismo na formação e a adesão dos docentes a práticas pedagógicas que se aproximam da transmissão do conhecimento e a escassa abertura para o diálogo, características da educação tradicional, também denominada de educação bancária. Sobre a ascensão profissional, evidenciou-se que Ser enfermeiro e atender as responsabilidades que lhe são atribuídas, bem como a liderança da equipe de enfermagem consistem nos principais desafios vivenciados na prática da liderança por enfermeiros que foram técnicos de enfermagem. Também foi possível identificar o predomínio de conflitos de origem interpessoal envolvendo a equipe multiprofissional e de enfermagem. Os primeiros ocorrem devido a relações de poder e de dificuldades em limitar as ações de cada profissional em seu campo de atuação, já os conflitos entre o enfermeiro e a equipe de enfermagem estão relacionados principalmente a falta de continuidade no trabalho. Ao analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que facilitam a inserção da liderança dialógica no ambiente hospitalar, destacaram-se: o diálogo, humildade, dar o exemplo, resolutividade, reuniões e trabalho em equipe. O reconhecimento destas estratégias permite que os enfermeiros possam colocá-las em prática, a fim de potencializar o gerenciamento do cuidado e da equipe de enfermagem, colaborando para a melhor qualidade da assistência. Defende-se que a Liderança dialógica, quando inserida ao longo do processo ensino-aprendizagem do enfermeiro, poderá contribuir para a formação de profissionais politizados, críticos e reflexivos, além de auxiliar na construção de relações horizontais no ambiente de trabalho, que permitem trocas de conhecimentos e aprimoramento coletivo, o gerenciamento de situações conflitantes e a fomentação de espaços que possibilitem a participação ativa dos enfermeiros, equipe e usuários, enquanto atores sociais.

Palavras-chave: Enfermagem. Liderança. Educação em Enfermagem.

AMESTOY, Simone Coelho. **Leadership dialogue**: perspectives in the training of nurse-leaders. 2012. 238 p. Thesis (Doctorate in Nursing)– Federal University of Santa Catarina, Graduate Program in Nursing, Florianópolis, 2012.

Supervisor: Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Research Line: Education, Health and Nursing

ABSTRACT

The present study has as objective to understand the exercise of leadership and professional competence in the practice developed by the nurse in the general hospitals in Florianópolis, Santa Catarina. And as specific objectives: identify the challenges experienced in daily work, by nurses who were nursing technicians, understand the main conflicts experienced by nurses-leaders in the practice of leadership, as well as the strategies adopted to confront and analyze the strategies used by nurses to facilitate the insertion of dialogic leadership in the hospital. For support, we used the theoretical framework of Paulo Freire, which allow the fabric of thought and new perspectives facing the education of the nurse-leader. The study reflects a qualitative descriptive type, which was used in the case study as research strategy. 25 nurses that work in three hospitals in the city of Florianópolis participated in the study, out of these 10 works in the Imperial Charity Hospital, 10 in the University Hospital Polydoro Ernani of St. James and 05 in the Governor Celso Ramos Hospital. The study was approved by the Ethics and Human Research Committee of the Federal University of Santa Catarina, under the Case Number 658/10. The information were obtained from May to December of 2010. The data collection was carried out through semi-structured interviews, non participant observation, totaling 100 hours of observation and dialogical workshops, in which three workshops were held, one in each hospital. The data were analyzed using the proposed Minayo operative, three themes emerged: the nurse-leader training, Exercise Leadership in professional practice and strategies that facilitate the exercise of leadership, professional Ascension, Conflict Management and Leadership dialogue. From the results, highlight the emphasis of technicality in the formation and support of teachers to teaching practices that are close to the transmission of scarce knowledge and openness to dialogue, characteristics of traditional education, also called banking education. On career advancement, it became clear that

being a nurse and meeting the responsibilities assigned to it, as well as the leadership of the nursing team consists of the main challenges experienced in daily work, by nurses who were nursing technicians. It was also possible to identify the predominant source of interpersonal conflicts involving the multidisciplinary team and nursing. The first occurs due to relationships of power and difficulties in limiting the actions of each professional their field, since conflicts between the nurse and the nursing staff are primarily related to lack of continuity at work. By analyzing the strategies used by nurses to facilitate the insertion of dialogic leadership in the hospital, stood out: dialogue, humility, lead by example, solving of problem, and team meetings. The recognition of these strategies allow the nurses to put them into practice in order to enhance the management of care and nursing staff, contributing to a better quality of care. It is argued that dialogical leadership, when inserted along the teaching-learning process of the nurse, could contribute to the formation of politicized professionals, critical and reflective, apart from helping in the construction of horizontal relationship in the work environment, that allows the exchanges of collective knowledge and collective improvement, the management of conflict situations and nurturing spaces that allow the active participation of nurses, staff and users as social actors.

Descriptors: Nursing. Leadership. Nursing Education.

AMESTOY, Simone Coelho. **Liderazgo dialógico**: perspectivas en la formación de enfermeros-líderes. 2012. 238 p. Tese (Doutorado em Enfermería)–Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Dra Vânia Marli Schubert Backes
Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo general comprender el ejercicio del liderazgo como calificación profesional en la práctica desarrollada por el enfermero en los hospitales gerais de Florianópolis, Santa Catarina. Y como objetivos específicos: conocer la percepción de los enfermeros sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje del liderazgo, identificar los desafíos vividos en la práctica del liderazgo, por enfermeros que fueron técnicos de enfermería, comprender los principales conflictos vividos por los enfermeros-líderes en el ambiente hospitalar, así como las estrategias adoptadas para su enfrentamiento y analizar las estrategias utilizadas por los enfermeros que facilitan la inserción del liderazgo dialógico en el ambiente hospitalar. Con el propósito de fundamentar el estudio, se utilizó el referencial teórico de Paulo Freire, el cual permitió la reflexión y tesis de nuevas perspectivas frente a la formación del enfermero-líder. La investigación muestra un abordaje cualitativo del tipo descriptiva, en la cual fue usado el estudio de caso como estrategia de investigación. Participaron del estudio 25 enfermeros que trabajan en tres hospitales de la ciudad de Florianópolis, de estos 10 trabajan en el Hospital Imperial de Caridad, 10 en el Hospital Universitario Polydoro Ernani de São Thiago y cinco en el Hospital Governador Celso Ramos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal de Santa Catarina, bajo el número del Proceso 658/10. Las informaciones fueron obtenidas de mayo a diciembre de 2010. Para recolección de los datos se realizaron entrevistas semi-estructuradas, observación no-participante, totalizando 100 horas de observación y talleres dialógicos, siendo realizadas tres talleres, una en cada hospital. Los datos fueron analizados por medio de la propuesta operativa de Minayo, emergiendo tres temas: Formación del enfermero-líder, Ejercicio del Liderazgo en la práctica profesional y Estrategias que facilitan el ejercicio del liderazgo, los cuales fueron

desplegados en categorías y subcategorías, destacándose cuatro categorías: Proceso de enseñanza-aprendizaje del liderazgo, Ascenso profesional, Gestión de conflictos y Liderazgo dialógico. A partir de los resultados, se destaca la énfasis del tecnicismo en la formación y la adhesión de los docentes a las prácticas pedagógicas que se aproximan de la transmisión del conocimiento y la escasa apertura para el diálogo, características de la educación tradicional, también denominada de educación bancaria. Sobre el ascenso profesional, se puso en evidencia que Ser enfermero y atender las responsabilidades que le son atribuidas, así como el liderazgo del equipo de enfermería consisten en los principales desafíos vividos en el cotidiano profesional, por enfermeros que fueron técnicos de enfermería. También fue posible identificar el predominio de conflictos de origen inter-personal involucrando el equipo multi-profesional y de enfermería. Los primeros ocurren debido a relaciones de poder y de dificultades en limitar las acciones de cada profesional en su campo de actuación, ya los conflictos entre el enfermero y el equipo de enfermería están relacionados principalmente a la falta de continuidad en el trabajo. Al analizar las estrategias utilizadas por los enfermeros que facilitan la inserción del liderazgo dialógico en el ambiente hospitalar, se destacaron: el diálogo, humildad, dar el ejemplo, solución, reuniones y trabajo en equipo. El reconocimiento de estas estrategias permite que los enfermeros puedan colocarlas en práctica, a fin de potencializar la gestión del cuidado y del equipo de enfermería, colaborando para la mejor calidad de la asistencia. Se defiende que el Liderazgo dialógico, cuando insertado al largo del proceso enseñanza-aprendizaje del enfermero, podrá contribuir para la formación de profesionales politizados, críticos y reflexivos, además de auxiliar en la construcción de relaciones horizontales en el ambiente de trabajo, que permiten cambios de conocimientos y mejoras en lo colectivo, la gestión de situaciones de conflicto y el fomento de espacios que posibiliten la participación activa de los enfermeros, equipo y usuarios, como actores sociales.

Descriptor: Enfermería. Liderazgo. Educación en Enfermería.

LISTA DE SIGLAS

CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
DOU	Diário Oficial da União
FAG	Faculdade Assis Gurgacz
IPF	Instituto Paulo Freire
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
LPC	Least Preferred Co-worked/ Colaborador Menos Desejado
MEC	Ministério da Educação
PARFOR	Plano Nacional de Formação de Professores
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SESI	Serviço Social da Indústria
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina
URI	Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Paulo Freire	33
Figura 2: Modelo de Liderança Bidimensional	65
Figura 3: Sistema 4 de Likert	68
Figura 4: Grid Gerencial.	70
Figura 5: Sucessão contínua de comportamento de liderança.....	73
Figura 6: Dimensão das vantagens situacionais.....	76
Figura 7: Liderança Situacional.	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Temas, Categorias e Subcategorias Emergidas na Análise dos Dados	120
Quadro 2: Perfil dos participantes do estudo	124

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	19
LISTA DE FIGURAS	21
LISTA DE QUADROS	23
1 INTRODUÇÃO	27
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	33
2.1 VIDA E OBRA DE PAULO FREIRE	33
2.2 COMPREENDENDO ALGUNS CONCEITOS DO LEGADO FREIREANO	37
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	59
3.1 TEORIAS DA LIDERANÇA	59
3.1.1 Teorias de Traços de Personalidade	60
3.1.2 Teorias comportamentais	62
3.1.3 Teorias Situacionais da Liderança.....	71
3.1.4 Modelos motivacionais da liderança.....	79
3.2 LIDERANÇA DIALÓGICA NA ENFERMAGEM	83
3.3 CONSTRUÇÃO DA LIDERANÇA COMO COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO	88
3.4 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA O DESENVOLVIMENTO CONTÍNUO DA LIDERANÇA	95
3.5 MANUSCRITO 1: PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE LIDERANÇA NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM.....	100
4 METODOLOGIA	109
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	109
4.2 APRESENTAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	110
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	112
4.4 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS SUJEITOS.....	113
4.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS	113
4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	114
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	119
5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	123
5.1 PERFIL DOS SUJEITOS.....	123
5.2 MANUSCRITOS ORIUNDOS DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO	126

5.2.1 Manuscrito 2: Percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança	126
5.3.2 Manuscrito 3: Desafios vivenciados na prática da liderança por enfermeiros que foram técnicos de enfermagem	143
5.3.3 Manuscrito 4: Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar	159
5.3.4 Manuscrito 5: Liderança dialógica: estratégias para sua utilização no ambiente hospitalar	174
6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	191
REFERÊNCIAS	197
APÊNDICES	219
ANEXOS	229

1 INTRODUÇÃO

Frente às mudanças que estão acontecendo no cenário mundial, originadas do âmbito econômico, social, político, ético e filosófico, as quais caracterizam a complexidade dos tempos atuais, emerge a necessidade de maior flexibilização e visão ampliada sobre o conhecimento, exigindo a formação de profissionais que dominem novas competências e habilidades, dentre elas a liderança.

Destaca-se que a liderança começou a ser pesquisada no início do século XX, caracterizando-se como o processo de influenciar as pessoas a atuarem de modo ético-profissional, o que exige a construção de laços de confiança, a fim de que se possa trabalhar coletivamente, com o intuito de alcançar objetivos (FINCK; BLANCHARD, 2007; GAUDÊNCIO, 2007).

Alguns autores da enfermagem consideram-na como um fenômeno de influência grupal, no qual é imprescindível agregar esforços individuais, para atingir as metas compartilhadas pelo grupo (SIMÕES; FÁVERO, 2000; LOURENÇO; TREVIZAN, 2002; SANTOS; CASTRO, 2008). Assim, liderar constitui-se na capacidade do líder de conduzir e organizar o trabalho da equipe com o objetivo de disponibilizar um atendimento eficiente, utilizando-se para isso conhecimentos técnico-científicos e o domínio de habilidades humanas e interpessoais (STRAPASSON; MEDEIROS, 2009).

Neste sentido, o líder representa o elo de apoio para a equipe, tanto no que se refere à educação como a coordenação do serviço, pois tem a responsabilidade de estimular o desenvolvimento do potencial coletivo, o que irá interferir diretamente na qualidade da assistência (GELBKE et al., 2010). Por isso, ser líder implica nas seguintes ações: capacitar, orientar, entusiasmar, mobilizar, implantar valores e influenciar nas condutas. É compreender que as pessoas constituem o fator mais importante de qualquer organização (GÓMEZ, 2005).

Convém destacar que o interesse em abordar essa temática surgiu ainda no início de minha trajetória profissional, quando fui admitida como enfermeira assistencial na Unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, Rio Grande do Sul (RS), onde me deparei com algumas dificuldades de cunho gerencial. Pude perceber que, na maioria das vezes, a fragilidade na habilidade e destreza para realizar as atividades práticas não eram o aspecto mais desafiador do

trabalho, pois ambas poderiam ser adquiridas e aprimoradas diariamente, porém, a liderança da equipe revelava-se conflitante. Acredito que a insegurança, a falta de preparo para a tomada de decisões e, muitas vezes, a descrença por parte da equipe nas ações do enfermeiro, acabam fazendo com que o gerenciamento, o qual inclui a liderança, se transforme em uma tarefa árdua. Além disso, evidencia-se o pouco conhecimento a respeito da liderança, relacionado aos seus fatores pessoais e profissionais, ao processo de formação e sua continuidade no ambiente de trabalho, desta forma, faz-se necessário reconhecer as fragilidades e dificuldades presentes no seu exercício.

Com o passar do tempo, algumas questões relacionadas ao processo de trabalho da enfermagem continuaram inquietando-me e, em virtude disso, decidi abordar a liderança como um instrumento no processo de trabalho do enfermeiro, na dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande, em setembro de 2008, com a orientação da Professora Doutora Maria Elizabeth Cestari. Nesse estudo, participaram enfermeiras que trabalhavam em um hospital de grande porte localizado na região sul do RS. Ao término da pesquisa foi possível conhecer a percepção dessas profissionais frente à liderança. Constatou-se que a maioria possui dificuldades em entender a liderança e de utilizá-la em seu cotidiano, confundindo-a em seus discursos com autoridade e autoritarismo, sendo que autoridade refere-se ao exercício legal de uma profissão e o autoritarismo representa a utilização desmedida do poder.

Conforme Lourenço e Trevizan (2001), o enfermeiro tem dificuldades em lidar com conflitos e em desempenhar a liderança, fazendo com que realizem atividades, excessivamente burocráticas, que privilegiam as normas em detrimento do cuidado. Por esse motivo, a enfermagem necessita de líderes motivados, com espírito criativo para vivenciar, experimentar, compreender e praticar as habilidades de liderança, a fim de contribuir para a qualidade do cuidado humano e ético (HIGA; TREVIZAN, 2005). Trata-se de líderes proativos, empenhados em realizar transformações em seu ambiente de trabalho e no âmbito da saúde individual e coletiva.

Ainda foi possível identificar o descontentamento das enfermeiras quanto ao processo formal de ensino-aprendizagem da liderança disponibilizado por algumas Instituições de Ensino Superior, devido à desarticulação entre a formação e as exigências do mercado de trabalho, além do pouco incentivo que a instituição hospitalar destina ao aprimoramento profissional (AMESTOY, 2008, 2010a).

Ao refletir sobre a prática da enfermagem, torna-se essencial

levar em consideração a educação oferecida aos discentes que, mesmo sendo potencialmente hábil para intervir no contexto social, buscando amenizar ou solucionar os problemas de saúde que afetam a população e as dificuldades do enfermeiro; tem historicamente legitimado tais problemas, à medida que dispõe uma formação deficitária quanto ao preparo técnico-científico e o baixo grau de comprometimento com questões de cunho sociais, políticas, econômicas que permeiam a sociedade brasileira. Esta questão, também é reforçada pela sociedade que valoriza em excesso a atuação técnica na área de enfermagem (UNICOVSKY; LAUTERT, 1998). Estudos recentes corroboram com a afirmação anterior, reforçando a manutenção da ênfase no tecnicismo e no saber fazer na formação do enfermeiro, o que acaba influenciando o cuidado prestado pelos profissionais, podendo tornar-se uma atividade mecânica (PINTO; PEPE, 2007; MATTOSINHO et al., 2010)

Simões e Fávero (2000), Lourenço e Trevizan (2001), Rosa e Lima (2005) encontraram resultados semelhantes em suas pesquisas, demonstrando que essa lacuna envolvendo a formação acadêmica perdura há anos, sendo necessária a implementação de estratégias que possam minimizar o descompasso entre o processo de ensino-aprendizagem e as demandas sociais e institucionais.

Diante desse contexto, a necessidade de capacitação permanente do profissional é imprescindível, para que o mesmo esteja apto a enfrentar as rápidas transformações no cenário público e o avanço do conhecimento científico. Cumpre esclarecer que os serviços de saúde possuem a responsabilidade de auxiliar na formação de líderes, por serem considerados locais propícios para o aprimoramento contínuo, juntamente com as instituições de ensino superior, as quais devem viabilizar em seus currículos, conteúdos específicos que permitam o aprendizado teórico e prático dessa competência profissional (BRASIL, 2001, 2004).

No entanto, verifica-se a pouca instrumentalização dos enfermeiros para a sua utilização (AMESTOY, 2008). Dessa forma, emerge a necessidade da construção de estratégias que facilitem a formação de líderes na enfermagem.

De acordo com Silva (2008), o conceito de competência é central nas propostas de reformas curriculares de ensino em vários países. No Brasil, este conceito constitui-se na referência para as diretrizes curriculares oficiais e para avaliação de sistemas escolares. Conforme Perrenoud (1999), sociólogo suíço que vem desenvolvendo pesquisas sobre a temática, competência consiste na capacidade de agir de forma

eficaz frente a um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. A competência emerge como uma maneira de repensar as interações estabelecidas entre as pessoas, seus saberes e capacidades, bem como entre as organizações e suas demandas frente aos processos de trabalho (RUTHES; CUNHA; 2008). Sob esse prisma, para cada área de atuação serão requisitadas diferentes competências, numa alusão implícita de que há competências específicas para cenários diferenciados da prática profissional (ALMEIDA, 2004).

Dentre as competências instituídas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, necessárias para o exercício da enfermagem, destaca-se: a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento, educação permanente e liderança (BRASIL, 2001). Sendo essa última a competência profissional que terá maior ênfase no estudo em questão, por ser reconhecida como uma das principais competências a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde (PERES; CIAMPONE, 2006).

No cenário atual, almeja-se a formação de enfermeiros capazes de atender as necessidades dos indivíduos e coletividades. Para tanto, torna-se essencial repensar os descompassos existentes entre o ensino e às exigências do mercado de trabalho, altamente competitivo, individualizado e alienante. Identifica-se aqui, uma lacuna do conhecimento que aponta para a existência de diversos estudos sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança, porém, nota-se a escassez de pesquisas que buscam avaliar a instrumentalização dos egressos e a aplicação da liderança, de modo a contribuir para a construção de espaços dialógicos, fundamentados em uma gestão participativa e crítica nas instituições hospitalares.

Acredita-se na relevância dessa proposta de pesquisa, pois se almeja através da utilização da liderança, apontar reflexões que permitam aos enfermeiros desenvolver e assumir posições de liderança, com o intuito de qualificar o cuidado prestado, atender as necessidades sociais de saúde, bem como assegurar os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo também visa contribuir na formação acadêmica, através dos resultados e a divulgação dos mesmos, quanto ao preparo gerencial dos enfermeiros.

Além de potencializar o cuidado, a liderança poderá auxiliar na construção de um ambiente de trabalho satisfatório, mediante o estabelecimento de vínculos profissionais saudáveis e de processos dialógicos efetivos entre o enfermeiro e os demais integrantes da equipe de enfermagem e multiprofissional. Assim, poder-se-á disponibilizar ao

mercado de trabalho enfermeiros críticos, reflexivos, criativos, éticos, os quais sejam capazes de aprender a aprender e de colaborar com a autonomia e co-responsabilização de seus colaboradores na tomada de decisões, no planejamento e na implementação das práticas assistenciais.

Em 2011, ao tornar-me docente da Universidade Federal de Pelotas (RS), pude estar inserida e sentir-me responsável no processo de formação de novos enfermeiros, e esta nova experiência vem me proporcionando um grande amadurecimento para poder trabalhar as questões que permeiam a liderança, a qual precisa ser vista como uma competência transversal, devendo ser abordada nos diversos cenários da formação, desde o ingresso do acadêmico na instituição de ensino até a conclusão do curso. E, ainda, devendo também ser estimulada durante a pós-graduação, nos cursos de especialização, mestrado e doutorado, locais propícios para a formação de líderes, os quais poderão influenciar na formação de novos líderes, tanto por meio da docência, pela sua atuação no campo prático, no gerenciamento/gestão e no desenvolvimento de pesquisas na enfermagem.

Assim, constantemente, penso em maneiras de contribuir com a formação de enfermeiros-líderes e por isso, me questiono: Será que estamos realmente formando profissionais capazes de exercer a liderança na prática e assumir cargos de destaque no contexto da saúde? O que temos feito para despertar nos acadêmicos um olhar inovador, transformador, criativo e um espírito de liderança capaz de exercer influência, com o intuito de aprimorar as práticas do cuidado? Enquanto docentes, que práticas pedagógicas costumamos adotar em nosso cotidiano para formar novos enfermeiros?

Essas questões se tornaram presentes, já que por ter consciência que sou um ser inacabado e inconcluso, busco melhorar a cada dia minha atuação como docente, estando ciente de minha responsabilidade social.

Frente ao exposto, elaborou-se a seguinte **questão** de pesquisa: como o enfermeiro exerce a competência da liderança em sua prática profissional desenvolvida em hospitais gerais de Florianópolis, Santa Catarina?

Para responder a questão norteadora, construiu-se o seguinte **objetivo geral**: compreender o exercício da liderança como competência profissional na prática desenvolvida pelo enfermeiro em hospitais gerais de Florianópolis, Santa Catarina?

O objetivo geral desdobrou-se nos seguintes **objetivos específicos**:

- a) Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança;
- b) Identificar os desafios vivenciados na prática da liderança por enfermeiros que foram técnicos de enfermagem;
- c) Compreender os principais conflitos vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar, bem como as estratégias adotadas para seu enfrentamento;
- d) Analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que facilitam a adoção da liderança dialógica no ambiente hospitalar.

Salienta-se que a pesquisa foi fundamentada nas obras de Paulo Freire, com o intuito de fundamentar a formação do enfermeiro-líder e sua prática profissional. Desta forma, tem-se como **tese do estudo**: A liderança constitui-se em uma competência profissional do enfermeiro, que ao ser desenvolvida na perspectiva dialógica durante seu processo de ensino-aprendizagem, contribui para a construção de profissionais politizados, criativos, críticos, reflexivos, bem como auxilia na tomada de decisões, na resolução de situações conflitantes e na potencialização do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No estudo em questão, o qual aborda a liderança como competência profissional do enfermeiro, adotou-se o referencial teórico Freireano, por embasar de forma coerente e consistente esta proposta de trabalho. Além disso, permitiu tecer novas perspectivas frente à formação do enfermeiro-líder, por meio de uma educação baseada no diálogo, que estimula a criticidade, reflexão e autonomia do educando, para que o mesmo esteja preparado para inserir-se no mercado de trabalho e fazer a diferença nos serviços de saúde, pautando-se em uma liderança dialógica.

2.1 VIDA E OBRA DE PAULO FREIRE

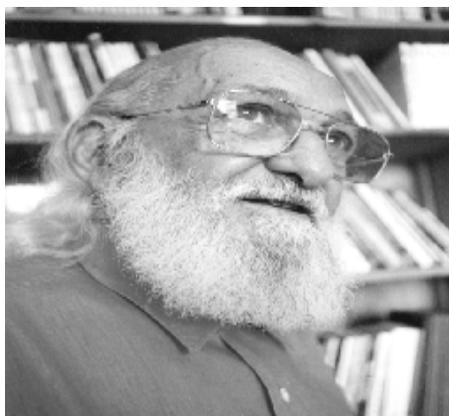


Figura 1: Paulo Freire
Fonte: Julio Wainer-1995

Paulo Freire nasceu em 19 de setembro de 1921, em Recife, Pernambuco e faleceu aos 75 anos, no dia 02 de maio de 1997, no

Estado de São Paulo, vítima de infarto agudo do miocárdio. Seu pai, Joaquim Temístocles Freire, foi oficial da Polícia Militar de Pernambuco e sua mãe, Edeltrudes Neves Freire, era dona de casa. Aprendeu a ler e a escrever com os pais, à sombra das árvores do quintal da moradia onde nasceu. Como dizia Freire (2011a, p. 24): “fui alfabetizado no chão do quintal de minha casa, à sombra das mangueiras, com palavras do meu mundo e não do mundo maior dos meus pais. O chão foi o meu quadro-negro; gravetos, o meu giz”. Destacando a importância de decifrar as palavras, a partir da leitura do seu mundo particular.

Quando tinha oito anos sua família teve que se mudar para Jaboatão, a 18 km de Recife devido à crise de 1929, em busca de uma vida melhor. Todavia, a situação econômica de sua família acabou piorando. Aos 13 anos seu pai faleceu e seus estudos tiveram que ser adiados, por isso, só conseguiu ingressar no ginásio com 16 anos, após conseguir uma bolsa de estudos (FREIRE, 2001).

Conforme Freire (2011 a) durante seu processo de alfabetização não era preciso memorizar de modo mecânico a descrição do objeto, mas sim aprender sua significação com profundidade, pois somente apreendendo-a seria capaz de saber e, por consequência, memorizá-la e fixá-la. Esta etapa de sua vida influenciou de forma significativa, em seu papel de educador crítico, ético e dialógico, bem como em suas obras.

Cresceu convivendo com as dificuldades enfrentadas pelo povo nordestino, no entanto, mediante o esforço de sua família e sua dedicação aos estudos, ainda muito jovem formou-se em Direito. Todavia, não exerceu a profissão, acabou desistindo na primeira causa em que se deparou como advogado de defesa de um jovem dentista que estava com problemas para quitar uma dívida que contrairia durante a montagem de seu próprio consultório dentário. Vendo-se abatido perante o contexto da injustiça social desse caso e impotente diante da burocracia jurídica, Freire decide tornar-se educador e ao tomar essa decisão estava se lançando para uma luta humanista e esperançosa, na busca de um mundo mais livre e decente para todos (ZITKOSKI; REDIN; STRECK, 2008). Nesta época, o educador já havia conhecido e se casado com Elza Maia Costa Oliveira, uma professora de pré-escola que marcaria, de forma definitiva, sua vida pessoal e profissional. Viveram juntos 42 anos de amor e companheirismo, com os filhos: Maria Madalena, Maria Cristina, Maria de Fátima, Joaquim e Lutgardes (BARRETO, 1998).

Sua primeira inserção institucional foi no Serviço Social da Indústria (SESI), local onde trabalhou por dez anos, de 1947 a 1957,

com famílias de operários através de Círculos de Pais e Professores. Essa experiência, o influenciou na elaboração de sua tese de docência defendida em 1959, na Escola de Belas Artes de Pernambuco, que só foi publicada em 2001, quatro anos após seu falecimento, denominada: “Educação e Atualidade Brasileira” (SOUZA, 2006).

Paulo Freire demonstrava imensa preocupação com a alfabetização, a fim de diminuir as desigualdades sociais, as quais também repercutiam nas práticas educativas, que se tornavam cada vez mais excludentes e fortaleciam a opressão e a domesticação dos mais humildes. Criou, então, em 1962 um método de alfabetização, que inicialmente foi implantado na cidade de Angicos, no Rio Grande do Norte, onde 300 trabalhadores foram alfabetizados em 45 dias. No ano seguinte foi convidado pelo presidente João Goulart para repensar a alfabetização de adultos a nível nacional, no entanto, o golpe militar reпреendeu a aplicação deste projeto e de diversas oportunidades com vistas à democratização popular (FREIRE, 2001).

Para Freire (2011 a), a alfabetização de adultos representa um ato político e um ato de conhecimento, por isso trata-se de um ato criador. Desta forma, seria impossível para o educador engajar-se em um trabalho que obrigasse a memorização mecânica do ba-be-bi-bo-bu. Em contra partida, como ato de conhecimento e de criação, o processo de alfabetização deve focar-se no alfabetizando, enquanto sujeito. O fato de precisar de auxílio do educador, como acontece em qualquer relação pedagógica, não significa que o educando tenha que anular sua criatividade e sua responsabilidade durante a construção de seu conhecimento, como se fosse um recipiente vazio necessitando ser preenchido.

Diante do golpe militar, o educador foi preso e acusado de comunista, sendo forçado a deixar o país e se exilar, por vários anos em outros países. Este acontecimento não o impediu de dar continuidade a defesa das classes marginalizadas. Durante o exílio no Chile, entre 1964 a 1969, lutou ao lado dos camponeses. Nesta fase escreveu um de seus maiores clássicos: *Pedagogia do Oprimido*. Posteriormente, mudou-se para os Estados Unidos, onde foi convidado para lecionar na Universidade de Harvard. Em 1970, Freire recebeu um convite para trabalhar no Conselho Mundial das Igrejas Cristãs, sediado em Genebra na Suíça, no qual trabalhou até 1979, participando de inúmeros projetos de alfabetização de adultos, visando romper com uma cultura de dominação e almejando a expansão de uma educação libertadora. Essa experiência, nos países africanos, influenciou significativamente seu

pensamento, que culminou na publicação de várias obras, dentre elas: *Cartas a Guiné Bissau* (ZITKOSKI; REDIN; STRECK, 2008).

Paulo Freire retorna definitivamente ao Brasil em agosto de 1979, após 16 anos de exílio, por meio da anistia do regime militar aos exilados políticos. Iniciava-se um novo desafio ao educador, que era famoso internacionalmente, mas suas obras eram pouco conhecidas no país. Tornou-se docente da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo e da Universidade de Campinas (Unicamp).

Convém lembrar que em outubro de 1986, morreu Elza, companheira e inspiração de Paulo Freire. Este acontecimento gerou grande dor e tristeza no educador, contudo seu amor pela vida acabou triunfando. Após um período de intensa prostração, ele iniciou o que denominava de período das primeiras vezes. A primeira vez que leu um artigo depois da morte de Elza, a primeira vez que fez compras, que deu uma aula, que escreveu um texto e assim por diante. Entre estas primeiras vezes também ocorreu à primeira vez que se percebeu como capaz de amar novamente. Aos poucos ele foi renascendo para a vida e acabou se apaixonando por uma orientada de mestrado, Ana Maria Araújo, que já era sua conhecida desde menina, quando foi professor no colégio Oswaldo Cruz. Ana Maria era uma das filhas do diretor de escola que há muito tempo atrás, havia disponibilizado a Freire a oportunidade de dar continuidade a seus estudos. Em agosto de 1988, o educador casou-se não tendo medo de refazer sua vida aos 66 anos (BARRETO, 1998).

Neste mesmo ano, assumiu a Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, na gestão da prefeita Luiza Erundina, buscando repensar as propostas de Educação Popular (FREIRE, 2001). De acordo com Barreto (1998) o projeto político-pedagógico proposto por Freire apoiava-se na construção de uma Escola Pública e Democrática, fundamentada em quatro principais objetivos: democratização da gestão, buscando fortalecer os colegiados enquanto fóruns de decisão; democratização do acesso, objetivando o atendimento à demanda; nova qualidade de ensino com o intuito de garantir a permanência do aluno na escola e movimento de alfabetização de jovens e adultos. Em maio de 1991, Paulo deixou a Secretaria da Educação expressando seu desejo de retomar seus escritos. Esta promessa foi fielmente cumprida e a partir do momento que deixou a secretaria, escreveu várias obras: *A educação na cidade* (1991), *Pedagogia da esperança* (1992), *Política e educação* (1993), *Professora sim, tia não* (1993), *Cartas à Cristina* (1994), *À sombra desta mangueira* (1995) e *Pedagogia da autonomia* (1997), sua última produção. No dia 2 de maio de 1997, Freire completou sua

passagem no mundo, deixando sua grandiosa obra para eternizá-lo.

Torna-se relevante informar que no ano de 1991, foi fundado, em São Paulo, o Instituto Paulo Freire (IPF), com o intuito de expandir e elaborar suas teorias sobre educação popular. Trata-se de uma associação civil, que não possui fins lucrativos, fundada oficialmente no dia 1º de setembro de 1992. Na atualidade, o Instituto se transformou em uma rede internacional que aproxima pessoas e instituições distribuídas em mais de 90 países, com a finalidade de dar continuidade e reinventar o legado freireano (IPF, 1992).

Reconhecendo a importância de sua obra, o Ministério da Educação (MEC) e a CAPES criaram em sua homenagem um sistema, denominado de Plataforma Paulo Freire. Esse sistema tem por objetivo cadastrar e realizar pré-inscrições nos cursos do Plano Nacional de Formação de Professores (PARFOR) – Formação Inicial e Formação Continuada. Desta forma, são oferecidos a professores que trabalham nas escolas públicas estaduais e municipais, que não possuem formação adequada, conforme Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), cursos superiores públicos e gratuitos, realizados na modalidade presencial e também a distância, em municípios dos Estados da Federação, mediante o apoio de Instituições Públicas de Educação Superior e Universidades Comunitárias (BRASIL, 2009).

Recentemente, Paulo Freire foi nomeado pela Presidenta da República Dilma Rousseff como Patrono da Educação Brasileira, conforme Lei Federal nº 12.612 de 13 de abril de 2012. Mostrando o reconhecimento frente a sua dedicação à educação nacional (BRASIL, 2012).

Considera-se a riqueza e originalidade da obra de Paulo Freire, pois ao realizar sua leitura, nos dias de hoje, percebe-se que os temas abordados estão, cada vez mais, presentes em nosso cotidiano, principalmente no que tange as disparidades entre opressores e oprimidos; e a busca por uma educação que prima pelo diálogo e autonomia dos atores sociais, ou seja, uma educação como prática de liberdade.

2.2 COMPREENDENDO ALGUNS CONCEITOS DO LEGADO FREIREANO

Pretende-se, na sequência, o aprofundamento de alguns conceitos

relevantes da obra de Freire, com o objetivo de compreender e fundamentar com maior consistência a importância do desenvolvimento da liderança dialógica, durante a formação acadêmica e após, no exercer da profissão, estando o enfermeiro inserido nos serviços de saúde, em especial no âmbito hospitalar.

Primeiramente, ao buscar compreender o pensamento freireano, convém informar que o mesmo possui sua origem na antropologia, centrada na liberdade e no respeito pelo senso comum do educando e sua cultura. Paulo Freire, em suas obras, enfoca o estabelecimento de relações dialógicas, além de estimular a superação de estigmas e potencializar a capacidade transformadora das pessoas. Sua simplicidade abre espaço para a complexidade de sua filosofia política da educação, no qual o verdadeiro núcleo repousa na antropologia filosófica, no humanismo libertador e na concepção dialógica da educação libertadora (CUNHA, 2010).

Do ponto de vista do processo educativo, o ato de estudar consiste em ato curioso do sujeito, no que concerne seu mundo. Por isso, é expressão dos homens, enquanto seres sociais, históricos, seres fazedores e transformadores, que não somente sabem, mas possuem a consciência que sabem (FREIRE, 2011a).

O ato de estudar também implica o ato de ler, ou seja, provoca a leitura do mundo. Desta forma, a leitura não pode reduzir-se a um exercício de memorização mecânica de trechos de um texto. Ler representa uma ação inteligente e difícil, que exige compreensão. Nenhuma pessoa lê ou estuda se não adota frente ao objeto de investigação uma postura crítica de ser ou de estar sendo sujeito da curiosidade, sujeito da leitura, sujeito do processo de conhecimento em que se encontra. No entanto, não se chega à compreensão de uma hora para outra, porque se trata de um trabalho árduo e paciente (FREIRE, 2001). A apreensão do objeto de conhecimento consiste em uma tarefa complexa, que demanda tempo e empenho, pois muitas vezes, é necessário retornar aos textos, a fim de compreender a palavra escrita. A cada novo olhar, novos fatos são percebidos e isso depende do momento histórico e da maturidade de percepção de cada leitor.

Ao explorar as questões que permeiam a formação, tendo-se como foco o ensino superior da enfermagem, convém aprofundar além do ato de estudar e ler, o processo de ensino e aprendizagem, de acordo com a perspectiva freireana. A partir desse pensamento entende-se o aprender como um processo que desperta no educando uma curiosidade crescente, capaz de torná-lo cada vez mais criador. Segundo Freire (1996, p. 69) “aprender é construir, reconstruir, constatar para mudar, o

que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito”.

Aprender precedeu ensinar, ou seja, ensinar encontra-se diluído na experiência profunda de aprender. Desta forma, a validade do ensino dependerá se o aprendiz tornou-se capaz de recriar e transformar o conteúdo ensinado (FREIRE, 1996).

Enfoca-se ainda, que a preparação do sujeito para aprender concentra-se, primeiramente, num que fazer crítico, recriador, independente se o engajamento se dá mediante leitura de um texto que aborda um determinado conteúdo, o qual foi proposto no contexto do ensino pelo docente, ou se é realizado partindo do desejo e curiosidade do educando em realizar reflexão crítica sobre um acontecimento social ou natural (FREIRE, 2001). O que realmente importa é que este aprender esteja articulado com a realidade do aprendiz, que parta de seu cenário e valorize seus conhecimentos empíricos, ou seja, seus saberes construídos além do ambiente acadêmico.

Neste sentido, a curiosidade dos sujeitos produz inquietações, promove desvelamentos, instiga o surgimento de questionamentos e a busca por seus esclarecimentos. Estimula as pessoas a tornarem-se capazes de comparar, de valorar, de realizar intervenções, tomar decisões, de romper com pensamentos engessados e, frente a tudo isso, de fazerem-se éticos (FREIRE, 1996). É a curiosidade que desperta o ser humano para novas descobertas e o impulsiona para constituir-se em um ser transformador.

Salienta-se que o ensinar não pode ser percebido como um processo de transferência de conhecimento do educador para o educando, mas sim, como a criação de possibilidades para a sua construção. Essa transferência, que Freire chama a atenção em seus escritos, refere-se à descrição mecânica do conteúdo, o qual exige sua memorização. Perante o exposto, ensinar a aprender só é válido, quando os sujeitos aprendem a aprender ao aprender a razão de ser do objeto pesquisado, e isso se torna viável através de um ensino crítico que demanda uma forma crítica de compreender e de realizar a leitura da realidade (FREIRE, 1996, 2001, 2005, 2008).

Inexiste ensinar sem aprender, não obstante, o ato de ensinar exige a existência de quem ensina e de quem aprende. Pode-se afirmar que o sujeito que forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. Convém reforçar que ensinar não é transferir conhecimentos e nem formar consiste na ação pela qual um sujeito dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Em virtude disso, não há docência sem discência, as duas se explicam e

se complementam, apesar das diferenças que as permeiam, não se reduzem à condição de objetos, pois quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender (FREIRE, 2001, 2008).

Para Freire (1996) formar transpõe um treinamento no desempenho de destrezas. Na enfermagem, no qual o objetivo é o cuidado ao ser humano, há grande preocupação dos docentes quanto ao ensino, o qual da mesma forma que deve enfatizar o desenvolvimento de habilidades e competências técnicas, também deve dispor a mesma importância para o conteúdo teórico, que irá embasá-las, pois é a partir da articulação entre teoria e prática que se constituirá o conhecimento científico e competência profissional dos futuros enfermeiros-líderes. Para tanto, torna-se necessário que os acadêmicos de enfermagem e os enfermeiros que exercem sua prática no âmbito hospitalar, busquem compreender a realidade, identificando problemas e procurando soluções, a fim de transformá-la.

Conforme Freire (2007, p.32) o homem não é um ser de adaptação, por consequência, “uma educação que pretendesse adaptar o homem estaria matando suas possibilidades de ação, transformando-o em abelha. A educação deve estimular a opção e afirmar o homem como homem. Adaptar é acomodar, não transformar”.

O vir a ser sujeito de transformação, implica estar no mundo e perceber-se como um ser relacional, que não se adapta ao mundo, mas que almeja inserir-se nele através de uma postura que luta para não ser somente um objeto, mas um sujeito histórico (FREIRE, 1996). Diante do momento atual, no qual a enfermagem contemporânea está inserida, é indispensável promover nos educandos atitudes pró-ativas que refutem a acomodação, e que potencializem mudanças, escolhas e novos olhares frente à realidade.

Estar no mundo sem fazer história, sem por ela ser feito, sem fazer cultura, sem “tratar” sua própria presença no mundo, sem sonhar, sem cantar, sem musicar, sem pintar, sem cuidar da terra, das águas, sem usar as mãos, sem esculpir, sem filosofar, sem pontos de vista sobre o mundo, sem fazer ciência, ou tecnologia, sem assombro em face do mistério, sem aprender, sem ensinar, sem ideias de formação, sem politizar não é possível (FREIRE, 1996, p.58).

Por isso, formar seres de transformação, os quais não estão no mundo somente para adaptar-se a ele, mas sim, para transpor posturas

engessadas, as quais são entraves na construção de novos pensamentos e ações, consistem em desafios para os docentes da enfermagem.

A coerência e aproximação entre o falar e o fazer, também representa uma preocupação constante na obra de Freire (1996). O enfermeiro-líder é visto como exemplo para sua equipe, desta forma, sua palavra e ação deve influenciar beneficentemente na atuação de seus colaboradores. No momento em que seu ato promove discórdias, ruídos na comunicação e objetivos conflitantes, sua liderança deixa de ser dialógica, podendo acarretar prejuízos não só para o grupo de trabalho, mas afetar diretamente o cuidado ao ser humano. Para evitar situações deste tipo, incentiva-se que o enfermeiro esteja comprometido, buscando agir e refletir sobre sua prática, tornando-se um ser da práxis, mediante o uso da palavra.

Práxis significa reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo, sem ela é impossível a superação da contradição entre opressor-oprimidos, ou seja, superação de relações inflexíveis e autoritárias compostas por dois pólos, como por exemplo, educadores e educandos (FREIRE, 2005).

Freire (2005) ainda reforça que não há palavra verdadeira que não seja práxis, a palavra verdadeira implica na transformação do mundo. Não é no silêncio que os homens se constituem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. Ressalta-se que dizer a palavra não pode ser privilégio de alguns, mas direito de todos, assim, ninguém pode dizer a palavra verdadeira no isolamento, ou dizê-la para os outros como um ato prescritivo.

No contexto da enfermagem, conforme Pires (2008) ainda se observa em algumas instituições, a adoção de posturas hierarquizadas, processos de trabalho em que está imbricada a alienação, a compartimentalização da assistência e a fragmentação do ser humano. Freire (2007) afirma que uma sociedade alienada não tem consciência de seu próprio existir. Um profissional alienado refere-se a um ser inautêntico, pois sua forma de pensar não é responsável, por não estar comprometida consigo mesmo. O ser alienado vive uma realidade imaginária, não percebendo sua própria realidade objetiva.

O **diálogo** é outro conceito relevante na obra de Freire, que compõem um dos temas centrais do estudo em questão, o qual representa um fenômeno humano, que não pode ser reduzido ao simples depósito de ideias de um sujeito no outro, por se tratar do encontro entre os homens, enquanto seres pensantes, para problematizar situações com o intuito de modificar a realidade na qual estão inseridos. Também pode

ser assimilado como uma relação horizontal de A com B, que se nutre do amor, da humildade, da esperança e fé. Por este motivo, apenas o diálogo comunica, através do estabelecimento de uma relação empática (FREIRE; 2011b; FREIRE, 2005, 2008).

Entretanto, onde não há **humildade** também não há diálogo. A pronúncia do mundo realizada pelos homens não pode constituir-se em uma ação arrogante, já que os homens que não possuem humildade ou a perdem, distanciam-se dos demais, tornando-se incapazes de agir como seres de pronúncia do mundo. Cabe informar que não se trata de humildade no sentido de sujeição, mas sim humildade no sentido intelectual, pois sempre o aprendiz terá alguma coisa para aprender e desta forma, a pessoa deve estar acessível e aberta para novas possibilidades de aprendizado.

Conforme Freire (2005, p. 93):

[...] se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais.

Pode-se afirmar com base no pensamento freireano, que a humildade manifesta-se como uma preciosa certeza: a de que ninguém é superior a ninguém. Por isso, a carência de humildade, anunciada na arrogância e na falsa superioridade de um ser sobre o outro exprime uma transgressão da condição humana (FREIRE, 1996). É nas relações de poder que se estabelecem no ambiente de trabalho que se visualiza, muitas vezes, a falta de humildade.

A humildade representa uma virtude que deve ser cultivada, principalmente, pelas pessoas que desejam assumir posições de liderança. Ser humilde é condição *sine qua non* para o enfermeiro-líder que almeja angariar confiança e exercer influência positiva em sua prática. Compete a este profissional aceitar novas opiniões, promover a participação de seus colaboradores visando fomentar um processo decisório horizontal, estando aberto para o diálogo verdadeiro, caso o contrário, tem-se um ditador, com atitudes cristalizadas e inflexíveis e não um agente de transformação, inserido no mundo e capaz de pronunciar-lo.

O estabelecimento de laços de confiança também representa um pré-requisito para a formação de relações dialógicas entre os diversos

atores sociais. A confiança sugere o relato que um sujeito transmite aos demais de suas autênticas intenções. Portanto, um falso amor, uma falsa humildade e a descrença nos homens não podem gerar confiança (FREIRE, 2005). Sabe-se que problemas de relacionamentos interpessoais consistem em um dos principais conflitos enfrentados pelos enfermeiros no seu ambiente de trabalho, aspecto que põe em foco, ainda mais a importância da manutenção de relações pautadas na confiança e no diálogo.

Todavia, é importante esclarecer que o diálogo entre os sujeitos não os torna iguais, porém indica a posição democrática entre eles. O diálogo tem significado porque os sujeitos dialógicos não apenas conservam sua identidade, mas a defendem, crescendo um com o outro, conseqüentemente, o diálogo não nivela, não gera reducionismos, pelo contrário impulsiona o respeito entre os sujeitos engajados (FREIRE, 2005). Muitas vezes, as pessoas evitam a abertura para o diálogo, por possuir receio que isto interfira em sua autoridade. Lembra-se que o enfermeiro possui autoridade legal para exercer a profissão e por consequência, coordenar as ações da equipe de enfermagem, do mesmo modo que o docente possui autoridade e competência profissional para formar novos enfermeiros. Adotar uma postura democrática e participativa, não irá prejudicar em nada o trabalho, ao contrário, poderá aproximar os sujeitos envolvidos e possibilitar trocas e crescimento mútuo.

Reforça-se ainda que o diálogo representa uma relação eu-tu, sendo assim, tem-se uma relação entre dois sujeitos. Contudo, cada vez que o tu desta relação é resumido em mero objeto, se terá pervertido a ação dialógica, a qual já não estará educando, mas deformando a educação (FREIRE, 2011b). Ao estender o olhar da formação de enfermagem para o exercício da profissão, visualiza-se que a autenticidade do diálogo facilita as relações interpessoais, além disso, faz com que os sujeitos se sintam valorizados e conscientes da importância de seu papel social.

Em oposição ao diálogo tem-se o antidiálogo, que implica uma relação de A sobre B, o mesmo é desamoroso, nega a humildade e a esperança, rompendo com a relação de empatia, que caracteriza o diálogo. Assim, no antidiálogo não há comunicação, faz-se comunicados (FREIRE, 2007). O antidiálogo resulta de relações verticais, nas quais as decisões são tomadas de cima para baixo, não havendo abertura para a participação.

Defende-se que é através do diálogo que o homem difere-se dos

demais, tornando-se um ser político, capaz de fomentar inovações, transpor limites e transformar o contexto social. A relevância do estabelecimento de relações dialógicas repercute de modo positivo, tanto na formação, possibilitando a aproximação de docentes e discentes, a partir do desenvolvimento de relações empáticas, as quais valorizem as contribuições de cada sujeito histórico, favorecendo a construção e reconstrução de um conhecimento crítico, criativo e reflexivo, bem como durante o exercer da profissão, no âmbito hospitalar, onde é indispensável que o enfermeiro utilize o diálogo para tomar decisões e gerenciar conflitos, vivências frequentes em seu processo de trabalho.

Conforme explanado anteriormente, alguns enfermeiros possuem dificuldades em colocar em prática sua liderança, acredita-se que este fato possa estar relacionado ao processo de ensino-aprendizagem desta competência profissional disponibilizada pelas instituições de ensino superior e com o escasso incentivo ao aprimoramento profissional oferecido pelos serviços de saúde (AMESTOY, 2008, 2010a). Pode estar associado à formação acadêmica dos enfermeiros, ou seja, a maneira como a liderança vem sendo trabalhada no contexto educacional. Por esse motivo, cabe elucidar as concepções de educação bancária e problematizadora, com base nos escritos de Paulo Freire devido suas influências na educação.

A **educação bancária** representa o ato de depositar e transmitir conhecimento, no qual os docentes são os depositantes do saber e os discentes os depositários. Nesta concepção, em lugar de comunicar-se, o educador faz comunicados e depósitos que os educandos absorvem de forma passiva (FREIRE, 2005, 2008). Assim, há a mecanização da educação, tornando-se um processo infértil e pouco criativo, cabendo aos educandos, apenas memorizar o conteúdo transmitido, sem realizar questionamentos, muito menos posicionamentos. Esta forma de educar poda qualquer possibilidade de refletir e pensar criticamente a realidade.

O educador torna-se um ser superior que ensina a pessoas, desprovidas de qualquer bagagem de conhecimento. Isto forma uma consciência bancária, em que o educar resume-se em arquivar o que se deposita. No entanto, enfatiza-se que o arquivado é o próprio homem, que perde seu poder de criar. Enquanto ser da práxis, o homem tem por destino transformar o mundo, sendo o sujeito de sua ação, porém na educação bancária o homem é um ser dócil e adaptável, incapaz de propor mudanças e inovações (FREIRE, 2007). Por estar impossibilitado de dialogar com os outros e de ser ouvido.

Na medida em que a visão bancária interfere anulando ou minimizando o potencial criador dos educandos, estimula sua

ingenuidade e não sua criticidade, satisfazendo aos interesses dos opressores, para estes, o fundamental não é o desvelamento do mundo, muito menos, sua transformação. Neste processo de formação, os homens são seres passivos no mundo e cabe à educação apassivá-los ainda mais e adaptá-los ao mundo. A educação que ocorre por meio da transmissão de conteúdos sufoca o poder criador não só do educando, mas também do educador, na medida em que este se transforma num ser impositivo, ou seja, num doador de fórmulas e comunicados, recebidos passivamente pelos educandos (FREIRE, 2007; FREIRE, 2005). Este modo de educar, baseado na doação, torna as aulas enfadonhas, o processo de ensino-aprendizagem pouco criativo e instigante, distanciando ainda mais, educador e educando.

Por consequência, um currículo passivo, em que as aulas são realizadas de modo expositivo, não somente representa uma prática pedagógica pobre, mas também um modelo de ensino mais compatível com a perpetuação da autoridade dominante na sociedade e com a diminuição da potencialidade criativa dos educandos. Constata-se a tendência do professor de silenciar o estudante ao falar, o qual se encontra menos articulado e informado e, por isso, cala-se ao invés de intervir, de fazer questionamentos, com medo de ser humilhado (FREIRE; SHOR, 2011). Percebe-se na prática educacional, que alguns docentes que adotam esta postura autoritária, escondem sua própria fragilidade e insegurança, assim, preferem menosprezar o conhecimento prévio do educando e estimular uma postura acrítica e apolítica no cenário acadêmico.

A autoridade dos professores em sala de aula está condicionada a sua segurança e competência profissional. A segurança fundamenta-se na convicção de que mesmo sabendo algo, pode-se saber ainda melhor e conhecer o que ainda é desconhecido. Em sua prática, o educador deve sentir-se seguro, já que não existe razão para envergonhar-se ao desconhecer alguma coisa. No entanto, o educador que não leva a sério sua formação, que não estuda e se esforça no seu trabalho, não tem moral para coordenar as atividades educacionais (FREIRE, 1996). O educador não tem obrigação de saber tudo, pois isso seria sobre humano, mas ao ser questionado possui a obrigação de se atualizar e dar o retorno ao educando, não o deixando sem resposta. Da mesma forma acontece com o enfermeiro ao ser questionado por um membro de sua equipe. Buscar o conhecimento indica comprometimento e isso interfere diretamente na credibilidade profissional.

Dando continuidade a educação bancária, existe outro tipo de

aula em que o educador, de modo aparente, não realiza a transferência de conteúdos, mas de certa forma acaba por anular a capacidade de pensar crítico do educando ou a obstaculiza. Trata-se de aulas que mais se assemelham com cantigas de ninar do que com desafios, por serem exposições que domesticam ou fazem com que os educandos durmam embalados (FREIRE, 2008). Aulas deste tipo se tornam monótonas e só abrem espaço para a replicação da realidade, no entanto, ao analisá-las faz-se necessário ponderar sobre o poder da educação em mudar ou perpetuar pensamentos e ações humanas.

Alguns educadores costumam adotar uma postura, na qual o professor faz uma pequena exposição do tema a ser trabalhado e em seguida, os educandos participam junto ao professor na análise da própria exposição. O professor, por meio da exposição introdutória, torna-se um provocador, instigando e desafiando os educandos a participar da discussão. Para Freire, este tipo de trabalho, de maneira nenhuma poderia ser considerado como negativo (FREIRE, 2008).

O educador ainda destaca a existência de outro tipo de professor que não o considera como bancário. É o professor que possui uma postura muito séria que, frente aos estudantes, se coloca numa relação de profundo respeito e afetuosa até, quase amorosa com o conteúdo explanado, que tanto pode ser seu objeto de análise um texto seu como o texto de outro autor. Este tipo de educador, testemunha aos educandos como ele estuda, como se aproxima e pensa criticamente uma temática. Diante disso, compete aos educandos criar ou desenvolver a capacidade crítica de acompanhar o movimento feito pelo professor e sua aproximação com o tema. De certa maneira, este tipo de professor também comete um equívoco, pois a relação de conhecimento não se conclui no objeto, por não ser uma relação exclusiva de um sujeito cognoscente com o objeto cognoscível. Essa relação deve-se prolongar a outro sujeito, envolvendo o sujeito-objeto-sujeito (FREIRE, 2008).

Nota-se que existem docentes que armazenam grande conhecimento científico, em virtude de seu empenho em manter-se atualizados, ou até mesmo, pelo seu tempo de experiência profissional, no entanto, ter conhecimento não significa saber transmiti-lo aos discentes. Além disso, aulas expositivas, nas quais há o repasse do conhecimento, são geralmente, adotadas na prática destes docentes.

Cumprе esclarecer, com base em Freire (1996), que o mal não está na aula expositiva, na explicação feita pelo professor, pois não é isso que caracteriza a educação bancária, mas a relação entre educador e educando, em que o primeiro se considera o detentor do conhecimento, e o segundo um recipiente vazio a espera de informação e conteúdo.

A prática bancária, quando adotada pelos docentes acarreta danos, alguns deles irreversíveis ao discente, tornando-o um ser domesticado, limitado e com dificuldades de se inserir no mundo. No cenário atual, busca-se formar enfermeiros politizados, coerentes, empreendedores, capazes de refletir, criticar e construir novos rumos, bem como interessados em melhorar a saúde, independente das dificuldades que possa enfrentar em seu processo de trabalho. A cada dia, docentes buscam se distanciar desta prática impositiva e reafirmar a educação como prática de liberdade e democratização, mas para isso é preciso estar aberto ao diálogo, à crítica, a avaliação do educando e a sua própria autoavaliação. Sabe-se que se trata de um desafio, já que vários destes educadores foram formados pelo modelo bancário, podendo estar mais suscetíveis a replicá-lo.

Outro aspecto a ser mencionado é a preocupação de Freire (2011a) sobre a insistência de alguns educadores em sobrecarregar os educandos de leituras excessivas, num mesmo semestre. Identifica-se uma compreensão errônea do ato de ler, pois uma grande quantidade de leituras sem o devido aprofundamento revela certa distorção da palavra escrita, que necessita ser superada. O autor ainda expõe que em sua caminhada pelo mundo, diversas vezes, se deparou com jovens em sua luta por dar conta de extensas bibliografias, as quais são, na maioria das vezes, decoradas do que realmente lidas ou estudadas.

Ao analisar a educação atual, ainda, vislumbra-se a elaboração de planos de disciplinas pautados em gigantescas listas de leituras, algumas delas obrigatórias e outras complementares, a fim de dar conta dos temas a ser desvelados pelos acadêmicos. A dúvida reside se esta maneira de nortear as aulas proporciona tempo adequado para sua absorção e debate na sala de aula, bem como a verdadeira compreensão das obras sugeridas pelos professores. Tem-se a percepção que um menor número de referências adotadas no decorrer de cada período letivo somadas a um maior tempo de dedicação, permitirá uma aprendizagem significativa, ou seja, a problematização do material a ser trabalhado. Para tanto, defende-se uma postura diretiva e flexível dos docentes na seleção dos conteúdos programáticos, associada à participação ativa dos estudantes na escolha dos temas a ser discutidos.

Com o intuito de superar este modelo de educação emerge a **educação libertadora**, também denominada de problematizadora, na qual se refuta o ato de transmitir conhecimentos e valores aos educandos, como se estes fossem meros pacientes, nesta proposta a educação é um ato cognoscente (FREIRE, 2005). Expressa-se pela

participação ativa do educando em seu processo de ensino-aprendizagem, no qual tanto educador e educando aprendem e constroem juntos o conhecimento.

Diante disso, Freire (2005) explicita que ninguém educa ninguém, nem tampouco ninguém educa a si mesmo, mas sim, os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo. Mediatizados pelos objetos cognoscíveis que, na educação bancária são de propriedade do educador que os deposita nos educandos.

A educação libertadora busca romper com as hierarquias e esquemas verticais apoiados pela educação bancária, em que existe o distanciamento entre educador e educando. Deste modo, o educador não somente educa, mas enquanto educa é educado através do estabelecimento do diálogo com o educando que, por sua vez, ao ser educado também educa. Ambos se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos (FREIRE, 2005). Esta aproximação entre docente e discente, facilita a troca de saberes e a apropriação do objeto que está sendo desvelado, cria oportunidades de refletir situações, a partir do contexto dos sujeitos.

O educador libertador tem como responsabilidade reforçar a criticidade do educando, sua curiosidade e insubmissão. Para que isso se torne realidade é necessário educadores e educandos criadores, instigadores, humildes e persistentes. Uma das ações importantes desta prática educativa é propiciar condições para que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ensaiem a experiência profunda de assumir-se, como ser histórico, social, esperançoso, capaz de comunicar-se, um ser capaz de promover transformação (FREIRE, 1996). Sabe-se que não se trata de uma tarefa fácil, por este motivo, depende do empenho do educador em aderir a esta proposta e colocá-la em prática em seu cotidiano, bem como sensibilizar o educando quanto às práticas pedagógicas que permeiam o processo de formação e as vantagens de uma educação libertadora.

Todavia, enfatiza-se que o educador deve estar atento para o fato de que a transformação não se resume na escolha e utilização de métodos e técnicas, pois se a educação libertadora fosse apenas uma questão de métodos, então a solução do problema seria substituir algumas metodologias tradicionais por outras mais modernas. Contudo, a questão principal é o estabelecimento de uma relação diferente com o conhecimento e com a sociedade (FREIRE; SHOR, 2011).

Além disso, Freire (2005, p. 47) complementa:

O educador precisa de se assumir como tal, mas, assumir-se como educando significa reconhecer-

se como sujeito que é capaz de conhecer e que quer conhecer em relação com outro sujeito igualmente capaz de conhecer, o educador e, entre os dois, possibilitando a tarefa de ambos, o objeto de conhecimento. Ensinar e aprender são assim momentos de um processo maior o de conhecer, que implica re-conhecer. No fundo, o que eu quero dizer é que o educando realmente se torna educando quando e na medida em que conhece, ou vai conhecendo os conteúdos, os objetos cognoscíveis, e não na medida em que o educador vai depositando nele a descrição dos objetos, ou dos conteúdos.

Uma grande preocupação está na aplicabilidade prática da educação libertadora. Percebe-se a dificuldade de alguns acadêmicos de aceitar esta modalidade de ensino, já que muitos deles, ainda preferem aulas expositivas, nas quais o conteúdo programático é transferido, cabendo a estes sua absorção, dispensando maiores esforços para obter o conhecimento. Fica mais fácil receber tudo pronto do que buscar o conhecimento, utilizar a criatividade, fazer escolhas, expor-se, duvidar do que lhe é dito, em fim participar. Por outro lado, encontram-se professores preocupados em dar conta do conteúdo programático, ou seja, em repassar a matéria determinada no plano de disciplina, ao invés de pensar na qualidade de como isto é feito e como os educandos estão tirando proveito da educação que lhes é oferecida.

Freire e Shor (2011) afirmam que há um desgaste da forma tradicional de abastecer os educandos de conhecimento. Ao voltar o olhar para a prática educativa de alguns professores que possuem alunos em excesso, os quais ensinam a mesma matéria por muitos anos, em escolas e faculdades, que estão em precárias condições ou que estão sujeitos a um período de provas, atrás do outro acabam, com frequência, descrentes de suas ações, já que o currículo não inspira nem os professores nem os estudantes. Deparando-se com estas situações, muitos professores preocupam-se em saber o quanto trabalho terão pela frente e que coisas novas terão de aprender. Na educação tradicional, as abordagens de transferência de conhecimento são penosas, gerando resistência estudantil. O método problematizador envolve trabalho, porém proporciona um potencial de criatividade e ruptura que oferece recompensas inesperadas, dentre elas a iluminação tanto para o educador

como para o educando.

Almejando reverter às práticas pedagógicas fundamentadas na educação bancária, Freire oportuniza a alfabetização e o processo de ensino-aprendizagem por meio do Círculo de Cultura.

Desta maneira, propõe-se o **Círculo de Cultura** ao invés da escola. Em lugar de professor, que geralmente, utiliza fórmulas doadoras, surge a figura do Coordenador de Debates. As aulas discursivas foram substituídas pelo diálogo. O participante do grupo tomou o lugar do aluno passivo. E os programas alienados deram espaço às programações reduzidas e codificadas em unidades de aprendizado (FREIRE, 2011b).

Constitui-se em um método inovador, com potencial para desenvolver a criticidade dos participantes, já que inexistente a propriedade do conhecimento, como uma relação de poder e dominação, todos são detentores de saberes e todos possuem saberes novos para aprender.

As pessoas são dispostas ao redor de uma roda, fazendo com que ninguém ocupe um lugar de destaque. O educador assume o papel de coordenador do diálogo gerado entre os participantes, os quais se propõem a construir, em conjunto, um saber pautado na solidariedade, em que cada pessoa ensina e aprende. Vislumbra-se uma pedagogia focada na igualdade de participações, tornando-se possível formar sujeitos autônomos, críticos, criativos, conscientes e solidários, predispostos a transformar a si mesmo, bem como transformar as relações interativas entre as pessoas e a vida em sociedade (BRANDÃO, 2008).

O círculo costuma deixar as pessoas mais à vontade para participar, e ainda, ser vistas e ouvidas. No cenário atual, vários docentes utilizam o círculo para ministrar suas aulas, tanto em escolas como na universidade, na tentativa de fomentar a formação de pessoas dialógicas que saibam se posicionar, defender seus pontos de vistas e refutar condutas e posturas inadequadas, assim busca-se formar cidadãos e não somente profissionais para serem absorvidos pelo mercado de trabalho.

De acordo com Monteiro e Vieira (2010), o Círculo representa um espaço de encontro e descoberta do outro enquanto ator social, detentor de aspirações, sentimentos e vivências, as quais necessitam ser desveladas, mediante o diálogo grupal, a participação nas discussões, a troca de conhecimentos e experiências.

No decorrer do Círculo de Cultura há a tematização e sistematização dos conhecimentos e questões referentes à prática social para o exercício da cidadania, na perspectiva da participação política,

buscando soluções para as situações limites do cotidiano das pessoas (CUNHA, 2010). Pretende-se que os integrantes do círculo consigam identificar os problemas existentes em seu contexto, bem como elencar possíveis estratégias para solucioná-los.

Salienta-se que as situações limites representam dimensões concretas e históricas de uma dada realidade, as quais são desafiadoras para os homens. Podem estar envoltas por um clima de desesperança, se o homem a percebe como um freio ou como uma barreira intransponível. Porém, a partir do momento em que a percepção crítica se estabelece na ação, desenvolve-se um clima de esperança e confiança, estimulando os homens a empenhar-se na superação das situações limites (FREIRE, 2005). É a visão que o homem formula de uma situação limite que pode torná-la provocadora e estimular sua superação ou pelo contrário, vir a ser um desafio intransponível.

Conforme Freire (2005) o Círculo de Cultura possui algumas etapas: a investigação temática e levantamento dos temas geradores; a codificação e descodificação; desvelamento crítico ou problematização.

No que concerne a investigação temática, destaca-se que a mesma representa a busca pelo universo temático ou temas geradores dos sujeitos, isso se dá a partir do levantamento inicial e contínuo da realidade, possibilitando a identificação dos temas ou problemas vivenciados na comunidade. Essa ferramenta contribui para que o educador ou o profissional de saúde entenda a realidade do educando ou usuário, facilitando sua compreensão quanto aos graus de percepção que esses sujeitos possuem da realidade (CUNHA, 2010).

Os temas geradores são compreendidos como uma concretização é algo que o homem chega através de sua própria experiência existencial e também pela reflexão crítica sobre as relações homens-mundo e homens-homens implícitas nas primeiras (FREIRE, 2005).

A codificação é a representação da situação, que pode ser feita aos educandos através da apresentação de fotografias e a descodificação é a análise crítica da situação codificada. Na medida em que se realiza a descodificação os indivíduos explicitam sua consciência real sobre o objeto, e vão percebendo como atuavam ao viverem na situação analisada. Ao terem a percepção de como antes percebiam, despertam-se para uma nova percepção da realidade. É através dessa tomada de consciência que se pode transformar a realidade (FREIRE, 2005).

O desvelamento crítico ou problematização caracteriza-se pela tomada de consciência da realidade vivenciada, interpretada com novos olhares, o que acaba possibilitando uma ação com o objetivo de

promover superação, ao invés de adaptação (VASCONCELOS, 2011).

Com base em Heidemann, Boehs, Wosny e Stulp (2010), o estabelecimento do diálogo, a partir de uma educação libertadora consiste em um dos maiores desafios, para os educadores e pesquisadores que trabalham com esse método. Mesmo sendo amplamente difundida a importância do diálogo, da humanização da assistência, dos vínculos, do acolhimento nos serviços de saúde, da participação, ainda replicam-se processos de comunicação fundamentados em práticas autoritárias e verticalizadas.

Dentro desta proposta, na qual o diálogo permeia a educação, a fim de que esta seja uma prática para a liberdade, torna-se essencial pensar para os tempos atuais: como é possível transformar-se em um educador dialógico?

Frente ao exposto, Freire e Shor (2011) destacam que o educador pode aderir a algumas condutas, como autoritário, democrático e *laissez-faire*, no entanto, é imprescindível que o mesmo encontre um meio termo em sua conduta, para que não haja excessos de autoridade e nem de liberdade. Desta forma, cabe aos educadores dialógicos direcionar a prática educativa, contando com a participação ativa dos educandos. Para que isso aconteça, deve-se ter em mente que o docente é sempre diferente dos discentes, mesmo quando busca estabelecer relações democráticas em sala de aula. Trata-se de uma maneira de compreender o papel de líder que o docente também precisa desempenhar, pois ele não se difere apenas por sua formação, mas também porque lidera um processo de transformação que não ocorreria por si só.

O educador que se utiliza do diálogo como ferramenta relacional, não pode manipular os alunos e muito menos abandoná-los à própria sorte, pois tem consciência de sua responsabilidade. Assume uma conduta diretiva indispensável para educar. No entanto, essa diretividade não está relacionada a uma posição de comando, do tipo: faça isso ou faça aquilo, mas vincula-se a uma postura para dirigir um estudo sério, em busca da compreensão de um objeto (FREIRE, 2011b).

Complementa-se que alguns educadores possuem dúvidas sobre a questão da diretividade, principalmente se o projeto pedagógico da instituição de ensino está embasado em metodologias ativas, que visam estimular a criticidade do educando. Desta forma, muitos docentes se perguntam até onde podem intervir nas discussões, mesmo estabelecendo-se silêncio por parte dos discentes em sala de aula. Esse aspecto necessita ser discutido, porque o educador tem a responsabilidade e competência para nortear o melhor caminho, no entanto, pecará se não envolver e dar voz aos educandos durante este

processo. Acredita-se que este costume do educador em preencher os silêncios interfere na participação crítica do educando, assim, vislumbra-se o silêncio como uma oportunidade de gerar reflexão e estimular a participação durante o processo educativo.

Como já mencionado, o homem é um ser no mundo, com o mundo e com os outros, ou seja, um ser de relações. E isso significa reconhecer o direito dos educandos em dizer a palavra e o dever do educador em escutá-los, mas escutá-los de modo verdadeiro, o que consiste no falar com eles e não somente falar a eles, porque esta seria uma maneira de não ouvi-los. Se ao contrário, o docente optar por sempre dizer sua palavra, sem oportunizar a exposição do educando, acreditando que assim estará salvando-o, isso é um equívoco, que acaba por reafirmar uma postura autoritária e elitista. Este modo de atuar, no qual o educador fala e nunca ouve, enquadra-se nos moldes da educação bancária e não na prática libertadora (FREIRE, 2011a).

Sendo assim, compete ao enfermeiro-líder além de ser um bom comunicador, ser um bom ouvinte. Mas um ouvir autêntico e verdadeiro, que oportuniza a construção conjunta da prática profissional, a qual deve ser desenvolvida ao longo da formação acadêmica. Complementa-se, de acordo com Freire (1996) que a verdadeira escuta não diminui em nada, a capacidade dos sujeitos de exercer o direito de discordar, de se opor e de se posicionar, pelo contrário versa numa oportunidade para expandir as ideias.

Enfatiza-se que o educador libertador lidera o processo de transformação, a partir de uma metodologia de ensino que abre possibilidades para a participação, para o diálogo, para erros e acertos. Conclui-se que a formação de enfermeiros-líderes dependerá dos estilos de liderança adotados pelos docentes. Estes sendo líderes inspiram a formação de novos líderes.

Na busca por diferenciar e caracterizar as práticas educativas sustenta-se que na concepção bancária, existe uma espécie de anestesia, inibindo o poder criador dos educandos, além disso, o educador vai enchendo os educandos de falso saber, que são os conteúdos impostos. Já na prática problematizadora, os educandos vão desenvolvendo o seu poder de compreensão do mundo, não como uma realidade estática, mas como realidade em transformação. A educação problematizadora, de caráter autenticamente reflexivo, implica um constante ato de desvelamento da realidade, se constitui num esforço contínuo através do qual os homens vão se percebendo enquanto seres no mundo, inacabados e inconclusos, os quais percebem a educação como um ato

permanente (FREIRE, 2005). Assim, o aprimoramento humano ocorre ao longo de sua história, por esse motivo não se conclui ao término de um curso, já que os homens serão sempre seres em construção.

Neste sentido, é pensando a prática de ontem ou hoje que se pode melhorar a prática de amanhã (FREIRE, 1996, 2007). Na área da saúde, o conhecimento modifica-se com rápida velocidade, diariamente, novos conhecimentos são construídos e difundidos, exigindo que os docentes, discentes e egressos das instituições de ensino busquem atualização contínua, para realização de uma prática responsável e ética. Espera-se que o enfermeiro-líder, torne-se consciente de sua inconclusão e que adote uma postura motivada para formar e reforma-se, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência.

Diante disso, Freire (2005, p. 91) enfatiza que transformar a realidade implica no ato de sonhar, o qual “não é apenas um ato político necessário, mas também uma conotação da forma histórico-social de estar sendo de mulheres e homens. Faz parte da natureza humana que, dentro da história, se acha em permanente processo de tornar-se”. O educador ainda complementa que não existe mudança sem sonho, da mesma forma que não há sonho na desesperança.

É na esperança e na fé que se obtém a motivação para a superação de condutas enrijecidas e a desconstrução de conhecimentos estanques. Neste sentido, acredita-se no ser humano, enquanto ser inconcluso e inacabado, ser histórico e social, bem como no seu potencial de transformação, o que o torna capaz de superar as situações limites, por meio da adesão de práticas dialógicas potencializadoras do pensamento crítico, da emancipação política e da liberdade tanto para educadores como para os educandos.

Para Freire (2011b, p. 127) “a educação é um ato de amor e, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa”. Sabe-se que a educação tem potencial para influenciar na conduta social, assim, pode-se por meio dela, obter a manutenção de posturas autoritárias que buscam cegar e silenciar, ou seja, uma educação a favor da dominação e domesticação, ou pelo contrário, fomentar o pensar crítico e desalienação.

Cabe elucidar que do ponto de vista crítico torna-se impossível negar a natureza política do processo educativo quanto negar o caráter educativo do ato político. Inexiste educação neutra, que esteja a serviço da humanidade. Quanto mais se adquire nitidez mediante a prática, mais se percebe a impossibilidade de separar a educação da política (FREIRE, 2011a). Ambas caminham em conjunto, desta forma, torna-se

essencial pensar nos objetivos da educação, que tipo de educando deseja-se formar e a favor de quem se pretende formar, ou seja, qual ideologia será defendida, o que também implica em um ato político.

Educar politicamente consiste no despertar no homem a verdade sobre o contexto social em que vive e sua posição nele, para que essa verdade exerça todo o poder de mobilização que apenas a verdade contém. A partir disso, salienta-se que uma educação fundamental é aquela que contribui para que a pessoa compreenda a estrutura de seu contexto social, o significado das mudanças que estão sendo processadas, e por consequência, de protagonista inconsciente do processo social torne-se um ser ativo da sociedade, no sentido de facilitar sua formação ou pelo contrário, a ela se opor, caso a mesma esteja prejudicando seus interesses (LEMME, 1988). Conforme o exposto acredita-se que uma educação com estes princípios almeja a formação de pessoas que defendem seu ponto de vista mediante a utilização do diálogo.

Sob esta perspectiva, o professor é visto como um artista e um político, o qual possui um papel relevante na política da pedagogia, enquanto atividade social em benefício da liberdade e contra atitudes carregadas de dominação, dentro e fora da sala de aula (FREIRE, 2011b). Sendo assim, o docente em sua prática pedagógica não pode se distanciar de seu papel de líder e de formador de opiniões, por esse motivo, sua responsabilidade frente aos direitos sociais o faz um ser político.

De acordo com o exposto, por se tratar de um ato político, a educação não pode ocorrer na neutralidade. Freire (2011a) expõe que ao pensar na educação de um lado, reproduzindo a ideologia dominante, independente de quem domina o poder e pelo contrário, a negação de tal ideologia, em virtude do desvelamento crítico, ou seja, a confrontação entre a realidade vivida pelos educadores e educandos, identifica-se a impossibilidade da existência de uma educação neutra.

Para que a educação fosse neutra é necessário que não existisse discordância entre as pessoas, no que concernem seus modos de vida, seus estilos políticos e os valores adotados. Portanto, para que a educação não fosse uma forma política de intervenção no mundo seria preciso que o mundo não fosse humano (FREIRE, 1996).

Defende-se que o diálogo, ou seja, o dizer a palavra é o fator diferenciador entre os homens, ou seja, é o que os torna seres políticos e faz a educação um ato dinâmico e transformador.

Mas aqui reside uma nova questão que não quer calar, como o

educador dialógico poderá formar enfermeiros-líderes?

Sabe-se que não existe fórmula pronta para que isso ocorra. Contudo alguns aspectos precisam ser levados em consideração, a fim de oportunizar a ascensão dos graduandos à liderança. Dentre eles, destaca-se: a emancipação e autonomia dos acadêmicos, durante seu processo de ensino-aprendizagem, o que irá se deflagrar durante a prática profissional.

Com base em Freire (1996) a emancipação do homem, emerge como uma conquista política a ser efetivada pela práxis humana. Ao voltar-se para a formação, observa-se que o educador que se mostra comprometido com um projeto político transformador desenvolve sua docência buscando auxiliar na construção da autonomia do educando, valorizando e respeitando sua cultura e seus conhecimentos prévios adquiridos fora do contexto educacional.

O processo de formação, independente do nível de escolaridade do educando, deve estimular a emancipação individual e coletiva, bem como estimular a intervenção no mundo, a partir de um sonho ético-político de superação da realidade, muitas vezes, injusta. Essa intervenção acontece num fazer cotidiano e histórico, repleto de desafios, resistências e possibilidades (MOREIRA, 2008).

É atribuído ao docente de enfermagem uma imensa responsabilidade perante a formação de novos profissionais. Para tanto, torna-se indispensável investir na autonomia dos educandos, enquanto atores sociais, por meio da utilização de métodos de ensino-aprendizagem que proporcionam um pensar crítico e a tomada de consciência, que provém da problematização da realidade.

Convém destacar que a conscientização, proposta por Freire é entendida como processo de crítica das relações homem e mundo. Desta forma, caracteriza-se na condição para o comprometimento humano frente do cenário histórico e social. No processo de conhecimento, os seres humanos tendem a comprometer-se com a realidade, sendo esta uma possibilidade que está articulada à práxis. Por meio da conscientização, os homens assumem seu compromisso histórico no processo de fazer e refazer o mundo, dentro de possibilidades concretas, e em contra partida, fazendo e refazendo também a si mesmos (FREITAS, 2008).

De acordo com Freire (1979) conscientizar significa tomar posse da realidade. Quanto mais conscientizados os homens se tornam mais capacitados estão para desvelar a realidade, mais se aprofunda na essência do objeto que se deseja conhecer. A conscientização não pode existir fora da práxis, depende da ação e reflexão humana.

Tomando como base o ensino da enfermagem, pode-se dizer que o docente não possui a capacidade de conscientizar os acadêmicos, mas pode despertar em seu interior o potencial adormecido para analisar os objetos cognoscíveis com uma visão crítica, bem como ascender seu poder de transformação, partindo de sua atuação e avaliação do contexto, no qual está inserido.

A autonomia está diretamente relacionada ao ato de decidir. Por isso, é decidindo que se aprende a decidir, porque ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia refere-se a um processo de amadurecimento, sendo assim, não ocorre com data marcada, vai se construindo a partir de experiências adquiridas devido às decisões que vão sendo tomadas. Portanto, uma educação que está preocupada em fomentar a autonomia tem de estar focada em experiências produtivas que impulsionam nos educandos a liberdade de fazer escolhas com base na responsabilidade (FREIRE, 1996).

A tomada de decisões é uma competência imprescindível para o enfermeiro-líder, tanto que representa uma das competências gerais estipuladas pelas novas diretrizes curriculares para o curso de graduação em enfermagem. Esse decidir ético e responsável deve ser valorizado e promovido pelo docente desde o ingresso na universidade, levando em consideração o nível de maturidade dos acadêmicos.

As leituras e aprofundamentos das obras de Paulo Freire proporcionaram um novo olhar sobre a liderança. Neste sentido, pode-se afirmar que o enfermeiro-líder que se pretende formar é aquele capaz de influenciar seus colaboradores na obtenção de objetivos, relacionados ao cuidado prestado a indivíduos, famílias e comunidade, através de relações dialógicas no seu ambiente de trabalho, do ouvir autêntico e do respeito e ética profissional.

Para tanto, percebe-se que para possuir essas habilidades, o graduando precisa estar exposto a uma educação que promova sua autonomia e sua capacidade de tomar decisões. Uma educação que busque romper as disparidades sociais, econômicas, culturais, dentre tantas outras. Além de despertar no educando, independente de sua realidade, um olhar crítico e o potencial para intervir no mundo, consciente de seu poder de transformação, ou seja, uma educação libertadora, baseada no diálogo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor compreensão da temática, inicia-se a apresentação de uma breve revisão sobre as seguintes bases teóricas: Teorias da Liderança; Liderança dialógica na enfermagem; Construção da liderança como competência profissional do enfermeiro; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: estratégia para o desenvolvimento contínuo da liderança.

Compõe este capítulo, o primeiro manuscrito que aborda a produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem, constituindo-se em um estudo bibliográfico.

3.1 TEORIAS DA LIDERANÇA

Existem múltiplos significados atribuídos à liderança, por este motivo, convém destacar que estudiosos da década de setenta, apresentaram três conceitos relevantes referentes ao assunto, sendo eles: atributo de uma posição, característica de uma pessoa e uma categoria de conduta. Além disso, liderança retrata a presença de uma polaridade, o agente influenciador e as pessoas ou grupo influenciado (KATZ; KAHN, 1978).

Dessa forma, diversos autores conceituam liderança de forma semelhante, enquanto capacidade do líder de influenciar as atividades de um grupo e auxiliá-lo na obtenção de um objetivo em comum (TANNENBAUM; WESCHELER; MASSARIK, 1972; HERSEY; BLANCHARD, 1986; CHIAVENATO, 2004; STONER; FREEMAN, 1999; MAXIMIANO, 2004; MARQUIS; HUSTON, 2005; FINCK; BLANCHARD, 2007; GAUDÊNCIO, 2007; MAXWELL, 2007).

Conforme Dias (2003), a influência consiste na habilidade, apresentada por alguns indivíduos, que os torna capazes de modificar as decisões dos demais, mesmo não possuindo autoridade e força para assim proceder, o que abrange o binômio poder e autoridade. No entanto, Bass (1981) reconhece que o conceito de influência implica numa relação recíproca entre líder e seguidores, mas não necessariamente caracterizada pela dominação ou controle do líder. Para Stoner e Freeman (1999) o poder é a capacidade de exercer influência,

modificando as atitudes ou comportamentos dos indivíduos ou grupos. E, a autoridade é considerada como um direito estabelecido, através do poder legitimado, conferindo a uma determinada pessoa a responsabilidade de tomar decisões e ordenar as ações de outrem (DIAS, 2003).

Há diversas teorias relacionadas à liderança que podem explicar as diferentes formas de atuação do líder frente a sua equipe, estas são classificadas em quatro principais escolas de pensamento: Teorias de Traços de Personalidade, Teorias Comportamentais, Teorias Contingenciais ou Situacionais da Liderança e os Modelos Motivacionais da Liderança. A seguir as mesmas serão abordadas com o intuito de proporcionar maior entendimento sobre o tema.

3.1.1 Teorias de Traços de Personalidade

A Teoria dos Traços foi o primeiro estudo sistematizado sobre liderança, o qual enfatizava, em especial, as qualidades pessoais do líder. Essa teoria ficou assim conhecida porque seus pesquisadores defendiam a ideia de que os líderes deveriam possuir certas características de personalidade que facilitariam o desempenho da liderança. Dessa forma, os líderes passaram a ser compreendidos como indivíduos diferentes dos demais por possuírem alguns traços de personalidade, isto é, qualidades especiais, responsáveis não só por fazê-los emergir como tal, mas também por preservá-los em suas posições. Nessa proposta, as pessoas já nascem líderes, não existindo a probabilidade de tornar-se um (BERGAMINI, 1994).

Conforme Chiavenato (2004), os traços mais comuns que constituem a personalidade de um líder são: os traços físicos que se referem à energia, peso e aparência; os traços intelectuais envolvendo o entusiasmo, autoconfiança e adaptabilidade; os traços sociais representando as habilidades interpessoais, administrativas e cooperativas e por fim os traços relacionados à tarefa, os quais indicam a capacidade de iniciativa, persistência e o impulso de realização.

Os estudos envolvendo essa perspectiva predominaram até a década de quarenta, tendo as pesquisas desenvolvidas pelos testes psicológicos a partir de 1920 até 1950, como grandes colaboradores para seu sucesso. Pode-se dizer que o principal objetivo dos teóricos interessados em desvelar os traços de personalidade era determinar, precisamente, a figura do líder (BERGAMINI, 1994).

Na enfermagem, diversos estudos sobre liderança foram realizados, a fim de desvelar as principais características que interferem no desenvolvimento de enfermeiros-líderes, dentre eles podem ser destacados: Amestoy, Cestari, Thofehrn e Milbrath (2009), Strapasson e Medeiros (2009), Ribeiro, Santos e Meira (2006), Lourenço e Trevizan (2001). Segundo os autores, para que o enfermeiro exerça a liderança no seu ambiente de trabalho é imprescindível que o mesmo cultive algumas características, entre elas: comprometimento, comunicação, saber ouvir, responsabilidade, visão, trabalho em equipe, coerência, bom humor, ética, flexibilidade e talento para estabelecer relacionamentos interpessoais saudáveis. Um estudo Norte-Americano também elenca algumas características do líder, o qual deve possuir habilidades específicas, incluindo a capacidade de esclarecer, inspirar e guardar a visão compartilhada da organização, além de habilidades pessoais que incluem a capacidade de ver o todo, incentivar pensamento criativo, comunicação em todos os níveis de problema, tomar decisões sensatas, sintetizar pontos de vista, identificar e resolver conflitos (GIRARD, 2009). Outro autor acrescenta que um líder competente possui habilidades para reconhecer, compreender e comunicar seus próprios valores e princípios e respeitar as opiniões e valores das outras pessoas, identificar suas próprias potencialidades e suas limitações, bem como suas próprias emoções, preconceitos e saber como isso pode interferir em sua capacidade de fazer julgamentos e como comportar-se. Sabe agir com integridade, trabalhando de forma aberta, clara, honesta e ética (PEATE, 2011).

Além destes traços, Moura, Magalhães, Dall' Agnol, Juchem e Marona (2010) destacam a importância do domínio do conhecimento e da competência técnica em enfermagem, reconhecida por meio da demonstração de habilidade clínica, através de cuidado de enfermagem de qualidade ao indivíduo e família. A habilidade técnica implica raciocínio crítico para avaliar as necessidades de cada paciente, elaborar diagnósticos, realizar planejamentos e intervenções de enfermagem que produzam os melhores resultados assistenciais. Espera-se, também, que os enfermeiros-líderes possuam conhecimentos sobre recursos materiais, bem como domínio das normas e regras administrativas e visão ampliada da estrutura institucional, a fim de que possam desenvolver as ações de cuidado.

Ao analisar com mais profundidade a Teoria dos Traços, Chiavenato (2004) elenca algumas lacunas que engessam sua utilização, tais como: nem todos os traços são igualmente importantes na definição

de um líder, pois alguns deveriam ter maior realce do que outros; ignora-se a influência e a reação dos colaboradores nos resultados da liderança; não se faz relação entre os traços e os objetivos a serem alcançados e o líder é sempre líder, independente da situação, o que não ocorre na realidade. Por estes motivos, esta linha de compreensão da liderança caiu em desuso e perdeu sua importância.

Apesar de suas limitações, essa teoria obteve conclusões interessantes, identificando a determinação, iniciativa nas relações pessoais, vontade de liderar e autoconfiança como alguns dos traços de personalidade característicos dos líderes (MAXIMIANO, 2004). No entanto, por não responder as necessidades da época pesquisadores construíram uma nova proposta sobre liderança, denominada de Teorias Comportamentais.

3.1.2 Teorias comportamentais

Diante das fragilidades encontradas na Teoria dos Traços, deu-se início a pesquisas cujo foco era o comportamento do líder, com o objetivo de obter respostas mais assertivas quanto ao fenômeno da liderança. Entre as principais Teorias Comportamentais dar-se-à ênfase a Teoria dos Estilos de Liderança, Sistema 4 de Likert e o Grid Gerencial.

3.1.2.1 Teoria dos Estilos de Liderança

Conforme Stoner e Freeman (1999) ao ser evidenciado que os líderes não possuíam qualquer característica que os distinguisse dos demais, estudiosos começaram a se dedicar ao isolamento do comportamento do líder, passando a focar suas ações frente a seus colaboradores. Diferente das características pessoais, os comportamentos podem ser aprendidos, desta forma, as pessoas poderiam tornar-se líderes desde que desenvolvessem comportamentos de liderança apropriados.

A partir da II Guerra Mundial, buscava-se identificar conjuntos de comportamentos que pudessem configurar a habilidade para liderar. Em geral, as pesquisas foram realizadas em ambientes reais, a fim de estudar pessoas que já ocupassem posição de liderança. Convém

informar que os estudos pioneiros sobre estilos de liderança emergiram de dois centros de reconhecida tradição em pesquisa, o de Ohio State University e da University of Michigan, os quais durante as décadas de 50 e 60 dedicaram-se a esse tipo de investigação. Essas duas universidades inspiraram praticamente todos os demais programas de treinamento e desenvolvimento em liderança oferecidos a empresas e apresentavam larga repercussão mundial. Para tanto, essas pesquisas adotaram um instrumental próprio de investigação, mediante a aplicação de questionários tanto para o líder como para seus colaboradores. Optou-se pela utilização dessa técnica para coleta dos dados, pois a mesma tinha a vantagem de oferecer resultados, em sua maioria, quantificáveis, permitindo retratar de forma objetiva as inferências do pesquisador sobre a percepção que se poderia ter do líder (BERGAMINI, 1999).

O estilo de liderança é o padrão comportamental que uma pessoa manifesta quando procura influenciar as atividades de outras (HERSEY; BLANCHARD, 1986). De acordo com Maximiano (2004) dentre os principais estilos de liderança, pode-se destacar a autocracia e democracia, os quais se desdobram em outros. Desde a Antiguidade Clássica, esses estilos são conhecidos, assim como suas disfunções, isto é, o excesso de democracia também chamado de demagogia e a tirania, caracterizada pelo abuso da autoridade. Com a evolução dos estudos sobre o tema, ampliaram-se e criaram-se novas formas de se referir aos dois estilos básicos de liderança, passando a ser denominados por: liderança orientada para a tarefa fazendo menção à autocracia e a orientada para a pessoa, a qual representa a democracia.

Na liderança orientada para a tarefa as ações do grupo são claramente definidas e previsíveis, o que ameniza frustrações por transmitir aos integrantes, segurança, influenciando na alta produtividade (MARQUIS; HUSTON, 2005). Desta forma, consiste no comportamento que os líderes adotam para organizar e definir as funções dos integrantes do grupo, explicar as atividades que devem ser desempenhadas, onde e como as tarefas serão realizadas; caracterizam-se pelo esforço para estabelecer padrões bem definidos de organização, canais de comunicação e meios de conseguir que as tarefas sejam executadas e os objetivos alcançados (HERSEY; BLANCHARD, 1986).

Na liderança orientada para as pessoas identifica-se algum grau de participação do grupo no processo decisório. O líder democrático zela por um clima de trabalho, no qual as pessoas estejam confortáveis, enfatiza as relações humanas e o desenvolvimento da capacidade de

trabalhar em equipe, solicita sugestões e opiniões, sabe ouvir, dedica parte significativa de seu tempo à orientação dos integrantes de sua equipe; é amigável e estimula os membros da equipe para aceitarem responsabilidades e tomar a iniciativa na resolução de problemas (MAXIMIANO, 2004). Todavia, na medida em que muitas pessoas precisam ser consultadas, há um aumento na demanda de tempo, gerando frustração naqueles indivíduos que desejam rapidez no processo decisório (MARQUIS; HUSTON, 2005). Para Hersey e Blanchard (1986), este estilo é adotado pelos líderes que anseiam manter as relações interpessoais saudáveis, promover canais de comunicação, apoio sócio-organizacional e flexibilização dos comportamentos. Destaca-se a comunicação enquanto outra competência profissional do enfermeiro, a qual adquire mais valor e fortalece a necessidade de agregar conhecimento e habilidade ao processo gerencial e a liderança.

Por um longo tempo, esses dois estilos de liderança eram considerados opostos e mutuamente excludentes, no entanto, tais ideias foram refutadas, pois se constatou que o líder pode combinar diversos graus de autocracia e democracia. O estilo tarefa e o estilo pessoas são pontos de duas réguas que se combinam e formam limites de um território, o que permite identificar não dois, mas pelo menos quatro estilos básicos de liderança (MAXIMIANO, 2004). Segundo Hersey e Blanchard (1986) esses quatro estilos recebem as seguintes denominações: tarefa alta (muita ênfase) e relacionamento baixo (pouca ênfase); tarefa e relações elevadas; relacionamento alto e tarefa baixa; relacionamento baixo e tarefa baixa. Esses estilos compõem o Modelo de Liderança Bidimensional (Figura 2).

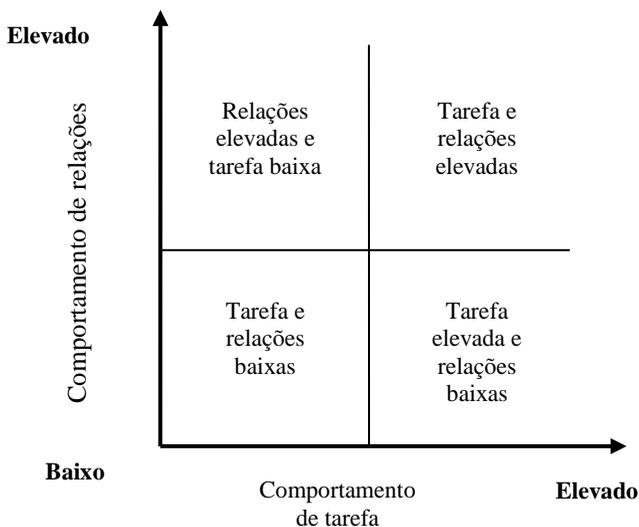


Figura 2: Modelo de Liderança Bidimensional.

Fonte: Hersey, Blanchard (1986, p.119).

Em geral, os resultados dos estudos desenvolvidos nessa linha de pensamento, não foram conclusivos, porque em certas situações, o estilo de liderança democrático produzia níveis de desempenho maiores do que o estilo autocrático, em outras situações, o desempenho era semelhante ou até mesmo um pouco abaixo. Porém, ao ser analisada a satisfação dos integrantes do grupo, encontraram-se resultados decisivos e consistentes, nos quais a satisfação era elevada quando um líder democrático estava à frente do grupo (CAVALCANTI et al., 2006).

Convém enfatizar que na enfermagem há uma grande preocupação frente aos estilos de liderança adotados pelos enfermeiros. Lanzoni e Meirelles (2011) realizaram uma revisão integrativa da literatura, buscando analisar as produções científicas sobre liderança do enfermeiro, indexadas na base de dados Medical Literature and Retrieval on Line (MEDLINE), entre os anos de 1998 a 2008. Dentre os

resultados, destaca-se que o perfil do enfermeiro-líder e sua conduta estão diretamente relacionados à filosofia da instituição em que o profissional desenvolve sua prática. Nos estudos selecionados destacam-se dois estilos de liderança: o autoritário e o autêntico. No primeiro, o líder se encontra no topo da escala hierárquica, domina o poder de tomar decisões, podendo desfrutar de alguns benefícios produzidos pela sua administração, tais como: prestígio, *status* e estabilidade social, mas corre o risco de ser responsabilizado pelo insucesso de suas ações. Na liderança autêntica torna-se necessário o envolvimento de todos os membros da equipe não somente no processo decisório, como também, na elaboração e planejamento de estratégias de atuação e resolução de problemas. Vislumbra-se a liderança autêntica e participativa, centrada na comunicação, como um instrumento para o alcance de melhores resultados em saúde.

Balsanelli, Cunha e Whitaker (2009) desenvolveram um estudo buscando conhecer os estilos de liderança adotados pelos enfermeiros em unidades de terapia intensiva. A partir dos resultados obtidos, os autores afirmam que o enfermeiro-líder que atua no gerenciamento dos recursos humanos precisa conhecer a capacidade e a disposição de seus colaboradores, buscando aliá-las ao nível de complexidade exigido pelos usuários dos serviços de saúde. Desta forma, os integrantes da equipe de enfermagem terão possibilidade de crescer e aprimorar seus conhecimentos, habilidades e atitudes no desenvolvimento da assistência de enfermagem. Em virtude de suas contribuições, destaca-se a importância de desvelar os estilos de liderança dos enfermeiros, pois mediante o atual contexto histórico, as exigências do setor saúde e ao perfil das equipes de trabalho, o enfermeiro adotará um estilo mais propício para o alcance dos objetivos institucionais, profissionais e pessoais.

3.1.1.2 Sistema 4 de Likert

Os princípios básicos utilizados pelos líderes eficazes foram integrados em um sistema organizacional chamado de Sistema 4, o qual foi criado por Rensis Likert e divulgado no final da década de 60. Trata-se de um sistema mais desenvolvido e complexo que representa um avanço na evolução social (LIKERT; LIKERT, 1979).

Convém esclarecer que o Sistema 4 interfere na formação de grupos de trabalho, colaborando para o estabelecimento de laços de

confiança e lealdade entre os membros da equipe e supervisores. Também se consideram relevantes habilidades no relacionamento interpessoal e na solução de problemas. Para tanto, estimula-se a participação efetiva do grupo na determinação dos objetivos organizacionais, o que o torna altamente motivado para alcançá-los. O processo de comunicação é eficiente e efetivo, existindo um fluxo recíproco das informações e observa-se uma liderança competente tecnicamente capaz de atingir altos níveis de desempenho (LIKERT; LIKERT, 1979).

A criação do Sistema 4 produziu uma metodologia com o intuito de mediar o sistema organizacional, conseqüentemente, qualquer organização humana pode ser descrita por meio do estabelecimento de algumas variáveis, dentre elas: o desempenho do grupo, o êxito em alcançar os objetivos e a capacidade de resolver de forma construtiva os conflitos. Esquemáticamente, esse sistema pode ser representado em um espaço bidimensional, contendo os eixos x e y. O primeiro representa as forças básicas de motivação que a organização busca empregar, a maneira pela qual elas são empregadas e o quanto que são estimuladoras, sendo refletidas no grau de evolução social alcançado através do uso de fontes motivacionais. O eixo y refere-se ao grau de funcionalização da organização. Baseando-se em Likert e Likert (1979) serão descritos na seqüência os quatro estilos comportamentais que integram esse modelo de liderança (Figura 3).

Sistema 1: O supervisor busca motivar através de medos, ameaças, punições e recompensas, tendo pouca confiança em sua equipe. Em geral, adota atitudes hostis e contraditórias aos objetivos da organização, atribuindo pouco valor e importância às pessoas. Raramente, solicita idéias e opiniões aos subordinados e lhes proporciona pouca informação.

Sistema 2: Aqui, a motivação ocorre mediante a utilização de recompensas e alguma punição real ou potencial. As atitudes do supervisor são, em alguns momentos, hostis e contraditórias à organização e, por vezes, favoráveis aos objetivos da mesma. Possui alguma confiança e crédito na equipe, buscando, ocasionalmente, idéias e opiniões. Disponibiliza aos subordinados somente a informação que acreditam ser necessária.

Sistema 3: Nesse estilo de comportamento, o supervisor costuma motivar com recompensas, algumas punições e envolvimento. Proporciona apenas um pouco de confiança e crédito. Na maioria das vezes, as atitudes são favoráveis e apoiam um comportamento que

contribui para a obtenção dos objetivos da organização. Normalmente, pede ao grupo ideias e opiniões, fazendo uso construtivo das mesmas e oferecem as informações necessárias, estando abertos para responder a maior parte dos questionamentos.

Sistema 4: As recompensas econômicas são baseadas em um sistema de compensação desenvolvido através de participação, sendo assim, o grupo intervém no processo decisório e no estabelecimento dos objetivos, fortalecendo a confiança e o crédito da equipe. As atitudes são altamente favoráveis e proporcionam grande estímulo para a adoção de comportamentos que visem atender as metas organizacionais. Solicita ideias e opiniões procurando dar aos subordinados todas as informações relevantes e respostas as suas dúvidas.

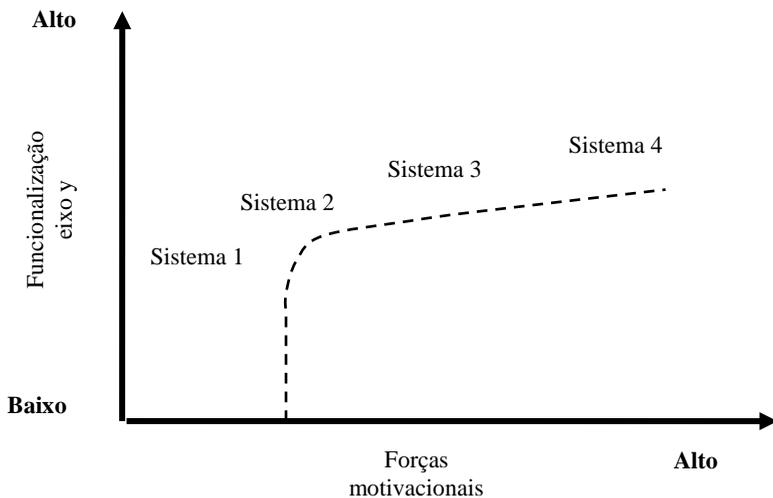


Figura 3: Sistema 4 de Likert.

Fonte: Adaptado de Liket e Likert (1979).

A partir dos resultados obtidos com esse estudo, pode-se afirmar que o estilo mais eficaz pertence ao último grupo. O Sistema 4 personifica as chefias com um comportamento de liderança voltado para o envolvimento das pessoas no processo decisório. Salienta-se que esses

não são os chefes mais eficazes, isso contribuiu para que os termos, autocrático e democrático, adquirissem conotações pejorativas, gerando atitudes radicalizadas a favor da eficácia de cada uma dessas duas orientações privilegiadas pelos quatro pontos do contínuo. Assim, quanto mais o comportamento do líder tender para o extremo da participação, maior será a possibilidade de ser avaliado de forma positiva pelos seus subordinados (BERGAMINI, 1999).

3.1.2.3 Grid Gerencial

Blake e Mouton pesquisadores da Ohio State University planejaram um programa de treinamento e desenvolvimento organizacional intitulado de Grid Gerencial (BERGAMINI, 1999). Mediante esse modelo, cada gerente pode ter uma orientação maior ou menor voltada para três aspectos: obtenção de resultados, pessoas e poder (BLAKE; MOUTON, 1980).

Maximiano (2004) afirma que esse modelo caracteriza-se em um dos mais populares que procuram explicar a liderança, o qual se baseia na combinação dos dois estilos, autocrático e democrático, emergindo destes cinco estilos distintos.

Blake e Mouton (1968) apresentam os estilos que compõem o Grid Gerencial (Figura 4): (9.1) o gerente tem como objetivo maximizar a produção por meio do exercício do poder e da autoridade; (1.9) busca promover boas relações entre colegas e subordinados; (1.1) realiza o necessário para permanecer na organização; (5,5) sua intenção é chegar apenas até o meio do caminho, o que resulta na conformidade com a realidade; (9,9) a orientação para a produção se agrega à orientação para as pessoas. Esse estilo pode ser compreendido como gerência em equipe, no qual o gerente procura além de orientar para as metas, alcançar resultados excelentes e em grande quantidade através de participação, comprometimento e resolução dos conflitos.

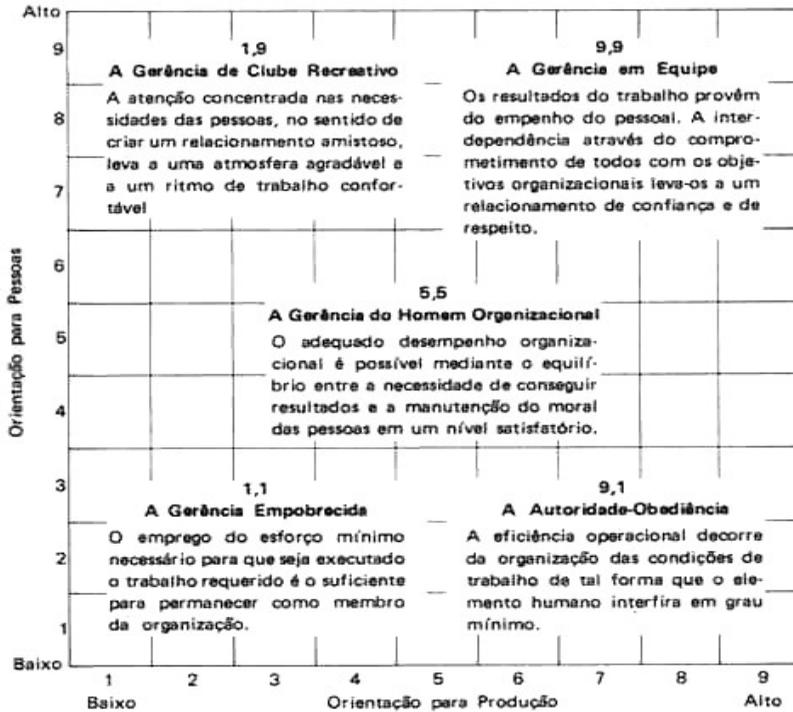
O Grid Gerencial⁸

Figura 4: Grid Gerencial.

Fonte: Blake, Mouton (1980, p. 13).

Convém informar que as Teorias Comportamentais baseadas no *Grid* Gerencial de Blake e Mouton (1968), também foram utilizadas na enfermagem. Santos e Castro (2008) investigaram sobre a percepção dos enfermeiros quanto aos estilos dominantes e subdominantes de liderança usados durante o exercício das atividades gerenciais. Neste estudo, o estilo *Grid* dominante se configura na gerência do homem organizacional 5,5, o qual pretende preservar o *status quo* da instituição. A impessoalidade nas atitudes desse líder revela sua submissão às normas preestabelecidas. Já o estilo subdominante foi o 9,9 que busca incentivar a participação do grupo para a obtenção das metas organizacionais e pessoais. Esses resultados configuram uma tentativa

do enfermeiro em contemplar as necessidades da equipe, associada aos objetivos da instituição em prol da satisfação de ambas as partes.

Outro estudo foi realizado por Higa e Trevizan (2005) com a intenção de avaliar e analisar o estilo de liderança idealizado por enfermeiros de duas instituições hospitalares, os resultados também destacaram os estilos 9,9 e 5,5 como os principais e mais utilizados na percepção dos enfermeiros. Salienta-se que o comportamento do líder reflete de maneira direta no desempenho do seu grupo de trabalho, já que os integrantes se espelham no modelo que entendem como necessário para o atendimento aos usuários dos serviços de saúde (SANTOS; CASTRO, 2008).

Após alcançar grande repercussão, esse modelo passou a ser alvo de críticas por defender a existência de um comportamento adequado em qualquer situação. No entanto, para os demais estudiosos da época não existia um estilo que fosse mais eficaz que os outros (MAXIMIANO, 2004).

Em síntese, as teorias comportamentais identificaram os tipos de comportamentos de maior impacto, que contribuem para a eficácia do desempenho dos membros da equipe, sendo assim, ao se identificar o comportamento responsável pela liderança eficaz, ou seja, o comportamento (9.9) passou-se a aceitar que, as pessoas poderiam ser treinadas para se tornar líderes. No entanto, alguns aspectos como as características do grupo e os fatores relacionados ao contexto, não foram abordados pelas teorias comportamentais, o que motivou o desenvolvimento das teorias contingenciais ou situacionais (CAVALCANTI et al., 2006). Abaixo se apresenta as Teorias Situacionais da Liderança, as quais inovam o pensamento e compreensão da temática.

3.1.3 Teorias Situacionais da Liderança

A partir de pesquisas sistemáticas e observações tornou-se possível evidenciar que certas características de personalidade, bem como estilos de liderança ou alguns motivos comportamentais não foram suficientes para promover a eficácia do processo de liderança, diante disso emergiram as Teorias Contingenciais também conhecidas como Situacionais (BERGAMINI, 1999). Devido à complexidade envolta no processo de liderança, foram produzidos novos referenciais

sobre a temática, assim, tornou-se necessário avaliar o contexto em sua totalidade e não apenas as características e comportamentos dos líderes.

De acordo com Chiavenato (2004) essas teorias enfocam a liderança inserida em um contexto mais amplo, pois partem do princípio de que inexiste um único estilo de liderança válido para qualquer situação, desta forma, são mais atrativas aos líderes por ampliar suas opções e possibilidades de modificar a situação para adequá-las a um modelo de liderança ou então alterar o modelo de liderança para adequá-lo a situação.

Alguns estudiosos utilizando as abordagens de características e a comportamental comprovaram que a liderança eficaz dependia de muitas variáveis, como por exemplo: a cultura organizacional e a natureza das tarefas. Frente ao exposto, pode-se afirmar que nenhum traço era comum a todos os líderes e nenhum estilo era eficaz em todas as situações (STONE; FREEMAN, 1999).

Neste enfoque, o líder é capaz de se ajustar a um determinado grupo sob variadas condições. Além disso, complementa-se que os componentes essenciais na teoria situacional da liderança são: o líder, o grupo e a situação, sendo essa última a variável que assume a maior importância na determinação de quem será o líder e as ações que ele deverá desempenhar (CHIAVENATO, 2004).

Na sequência, serão apresentados os principais modelos a respeito da liderança situacional, dentre eles: o Modelo proposto por Tannenbaum e Schmidt, o de Fiedler e de Hersey e Blanchard.

3.1.3.1 Modelo de Tannenbaum e Schmidt

Conforme Tannenbaum e Schmidt (1986) o problema de como o líder pode ser democrático no seu relacionamento com seus colaboradores e ao mesmo tempo ser capaz de preservar a autoridade e controle necessários na organização tem sido objeto de análise de diversos estudos. No início do século XX, este problema não era tão nítido, pois, em geral, retratava-se o administrador bem sucedido como possuidor de características que o destacavam dos demais, como: inteligência, criatividade, iniciativa, capacidade de tomar decisões rápidas e de inspirar os subordinados.

Gradualmente, emerge das ciências sociais um novo enfoque, baseado no conceito de dinâmica de grupo, no qual se enfatiza os integrantes do grupo e não, exclusivamente, a figura do líder. As

pesquisas realizadas sob essa vertente acentuaram a importância do envolvimento, bem como da participação do empregado no processo decisório. A partir dos resultados obtidos passou-se a contestar a eficiência de liderança altamente diretiva, surgindo à necessidade de dedicar maior atenção aos problemas de origem motivacional e as relações humanas (TANNENBAUM; WESCHELER; MASSARIK, 1972; TANNENBAUM; SCHMIDT, 1986).

Tannenbaum e Schmidt desenvolveram um ensaio, em 1958, apresentando a abordagem situacional de liderança, no qual sugere uma diversidade de padrões de comportamento que o líder pode assumir nas relações com os integrantes do grupo. Estando o comportamento, diretamente, relacionado com o grau de autoridade adotado pelo líder e a liberdade destinada aos subordinados na tomada de decisões (TANNENBAUM; SCHMIDT, 1986). Assim, estes autores representaram em forma de gráfico uma Sucessão Contínua de Comportamento de Liderança que será apresentada na sequência (Figura 5).

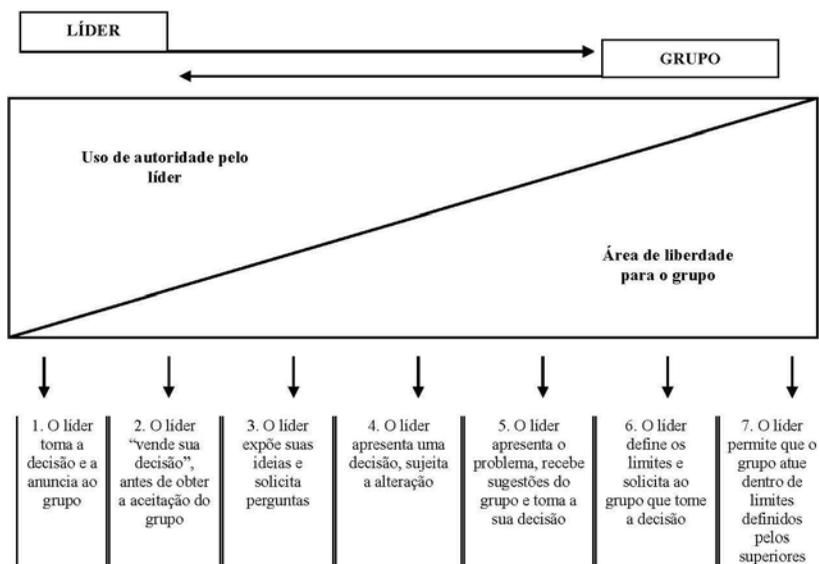


Figura 5: Sucessão contínua de comportamento de liderança.

Fonte: Adaptado de Tannenbaum e Schmidt (1986).

1. O líder toma a decisão e a anuncia ao grupo

Neste tipo de comportamento, o líder identifica um problema, considerando todas as alternativas para sua solução, escolhe uma delas e depois comunica ao grupo sua decisão, não lhe oferecendo a oportunidade para participar do processo decisório.

2. O líder “vende sua decisão” antes de obter a aceitação do grupo

Aqui, o líder identifica o problema e obtém uma decisão. Todavia, ao invés de simplesmente anunciá-la ele tenta persuadir seus subordinados a aceitá-la, informando, por exemplo, o que os mesmos têm a ganhar.

3. O líder expõe suas ideias e solicita perguntas

Neste caso, o líder chegou a uma decisão e procura a aceitação de suas ideias, oferecendo aos subordinados uma explicação mais ampla de seus comportamentos e suas intenções. Após ter apresentado suas ideias, o líder solicita perguntas para que o grupo possa compreender melhor o que está tentando realizar.

4. O líder apresenta uma decisão sujeita a alteração

Este comportamento permite que os integrantes do grupo exerçam alguma influência sobre a decisão. A iniciativa de identificar o problema e alcançar uma decisão provisória continua sendo do líder, porém, antes de concluí-la, submete sua proposta à reação das pessoas que serão por ela afetadas.

5. O líder apresenta o problema, recebe sugestão e toma sua decisão

A partir desse ponto, o grupo tem sua primeira oportunidade de sugerir soluções. O líder possui a responsabilidade de identificar o problema, já o grupo tem a função de aumentar o rol de possíveis soluções para o problema.

6. O líder define limites e solicita ao grupo que tome a decisão

Nesta situação, o líder transfere ao grupo o direito de tomar decisões, contudo, antes de fazê-lo, define o problema a ser solucionado e os limites dentro dos quais a decisão deverá ser tomada.

7. O líder permite que o grupo atue dentro de limites definidos pelos superiores

Representa um grau elevado de liberdade de grupo, no qual a

equipe de líderes realiza a identificação e o diagnóstico do problema, desenvolve procedimentos alternativos para resolvê-lo e toma as decisões. Os únicos limites impostos ao grupo pela organização são aqueles especificados pelo superior do chefe da equipe. Caso o líder participe do processo decisório, tenta fazê-lo sem maior autoridade, como qualquer membro do grupo.

3.1.3.2 Modelo Contingencial da Liderança de Fiedler

No que concerne a Liderança Situacional, destaca-se o modelo criado por Fiedler, o qual é considerado a pesquisa mais representativa dentro desse enfoque. Boa parte da estrutura teórica adotada por ele utilizou como fundamento os estudos de campo desenvolvidos a partir de 1951, pela Universidade de Illinois. Suas ideias impulsionaram novas perspectivas para os estudos sobre a temática (BERGAMINI, 1999).

O grande desafio desse enfoque está em explicar como a situação na qual o líder se encontra pode interferir no uso eficaz do seu estilo de liderança (BERGAMINI, 1999). Segundo Fiedler e Chemers (1981) a medição da personalidade do líder chamada de Colaborador Menos Desejado (Least Preferred Co-worked/LPC) representa a principal variável da teoria, que é obtido ao solicitar ao líder que recorde todos os companheiros com quem já trabalhou e descreva o que tenha maior dificuldade de trabalhar, sendo este o colaborador menos desejado. Os indivíduos com elevado LPC são capazes de identificar tantos pontos favoráveis como desfavoráveis em seu colaborador menos desejado, sugerindo elevada preocupação em conhecer às pessoas que se têm dificuldades para trabalhar, pois se supõe que os elementos contidos nessa descrição remetem as características da própria personalidade de quem às elenca.

Para Fiedler e Chemers (1981) as situações enfrentadas pelos líderes podem ser avaliadas de acordo com três medidas, as quais permitem avaliar o grau de favorabilidade da situação para o líder, sendo elas: as relações entre o líder e demais membros do grupo que irá depender da capacidade do líder de ser aceito por seus colaboradores; o segundo elemento é a estrutura da tarefa, pois à medida que esta se torna clara determinará a autoridade do líder em dar instruções e avaliar o desempenho do grupo. O poder consiste na terceira medida, concedendo o direito de dirigir, de avaliar, de recompensar ou punir seus

supervisionados. Conforme esses três aspectos pode se identificar a dimensão das vantagens situacionais (Figura 6).

Relações Líder-membros	Boas				Deficientes			
	Alta		Baixa		Alta		Baixa	
Estrutura de Tarefa								
Poder da posição	Forte	Fraco	Forte	Fraco	Forte	Fraco	Forte	Fraco

Figura 6: Dimensão das vantagens situacionais.

Fonte: Fiedler e Chemers (1981, p. 63).

Os resultados encontrados demonstram que os líderes motivados por tarefas se saem melhor em situações em que seu poder e influência são muito altos e muito baixos, ou seja, quando estão expostos à tensão. Já a liderança orientada para pessoas torna-se mais eficaz quando o poder e influência do líder são moderados (FIEDLER; CHEMERS, 1981).

Esse modelo teve o mérito de promover a discussão sobre a liderança situacional, porém suas proposições foram criticadas, porque os questionários de medir o estilo do líder avaliavam atitudes e não comportamentos reais, os quais podem ser diferentes, desta forma, o líder pode dizer uma coisa e fazer outra. Também se salienta que as competências dos subordinados e a própria competência do líder, acabam sendo negligenciadas. No entanto, preservou-se a ideia de que o líder necessita flexibilizar seu comportamento, com o objetivo de ajudá-lo a enfrentar determinada situação. Esse resultado foi decisivo no desenvolvimento de outros estudos sobre liderança (MAXWELL, 2004).

3.1.3.3 Modelo de Hersey-Blanchard

O Modelo de Liderança Situacional proposto por Hersey e Blanchard (1986) tem como foco a inter-relação entre a quantidade de

orientação e direção, também denominado de comportamento de tarefa; quantidade de apoio sócio-emocional ou comportamento de relacionamento disponibilizado pelo líder e o nível de maturidade dos liderados no desempenho de uma atividade. Este modelo foi desenvolvido, a fim de auxiliar as pessoas a tornarem-se líderes, independente, do papel ou cargo, pois oferece maior compreensão da relação entre um estilo de liderança eficaz e o nível de maturidade dos liderados. A maturidade é definida como a capacidade e a disposição dos indivíduos de assumir a responsabilidade de seu próprio comportamento.

Para Hersey e Blanchard (1969) a liderança representa o processo de influenciar as atividades de indivíduos ou grupos, no esforço de alcançar os objetivos estabelecidos em uma determinada situação. Desta forma, na Liderança Situacional, inexistente uma única maneira de exercer influência, porque a mesma dependerá do nível de maturidade dos integrantes do grupo que o líder deseja influenciar (HERSEY; BLANCHARD, 1986).

Abaixo, apresenta-se a relação entre a maturidade relativa à tarefa e os estilos de liderança, os quais devem ser adotados à medida que os liderados evoluem da imaturidade para a maturidade (Figura 7). O estilo de liderança adequado para determinados níveis de maturidade dos liderados é apontado através da curva prescritiva que passa pelos quatro quadrantes. Cada um dos quatro estilos de liderança, ou seja, determinar, persuadir, compartilhar e delegar consistem em uma combinação de comportamento de tarefa e de relacionamento. O comportamento de tarefa representa a medida com que o líder dirige as pessoas, dizendo-lhes o que, quando, onde e como fazer. Já o segundo é a medida com que um líder se empenha em comunicar-se, ouvir e apoiar seus colaboradores (HERSEY; BLANCHARD, 1986).

estão cientes sobre o que se espera delas, tornam-se capazes de aprender e supervisionar seu próprio comportamento, além de responsáveis e automotivadas.

Na enfermagem, verificou-se diversas pesquisas abordando a Liderança Situacional criada por Hersey e Blanchard. Foi possível encontrar estudos sobre a temática desde o final da década de 90 até a atualidade, dentre eles: Celich e Lima (2009), García García e Santa-Bárbara (2009), Balsanelli, Cunha, Whitaker (2008), Silva e Galvão (2007), Wehbe e Galvão (2005), Lourenço e Trevizan (2002) Galvão, Trevizan, Sawada e Coleta (1998) e Galvão, Trevizan, Sawada e Fávero (1997).

Esse modelo poderá fundamentar o exercício da liderança, contudo, sua eficácia está sujeita a habilidade do enfermeiro em adaptar seu estilo de liderança em relação ao nível de maturidade de cada integrante da equipe frente a uma determinada atividade. Pode-se afirmar, ainda, que seu sucesso como líder dependerá da articulação entre o estilo de liderança adotado e a maturidade do liderado (SILVA; GALVÃO, 2007).

De acordo com a pesquisa de Celich e Lima (2009) a Liderança Situacional pode ser empregada enquanto estrutura teórica para fundamentar a capacidade de liderar do enfermeiro, com vistas ao aprimoramento da qualidade da assistência e do desenvolvimento das potencialidades dos componentes da equipe, por estes motivos os autores defendem sua aplicabilidade na enfermagem.

3.1.4 Modelos motivacionais da liderança

Até o momento, os modelos de liderança apresentados baseiam-se na divisão do poder de decisão entre líder e colaboradores. Os mesmos estão vinculados a ideia de autoridade formal ou informal do líder, a qual pode estar mais orientada para a equipe ou para a execução da tarefa. Todavia, existem outros modelos de liderança os quais focalizam o tipo de recompensa fornecida, desta forma, são considerados como modelos que analisam o estilo motivacional do líder (MAXIMIANO, 2004). Serão apresentados três estilos motivacionais: o carismático, transacional e o transformacional.

3.1.4.1 Liderança Carismática

Liderança carismática, também denominada de inspiradora ou transformadora oferece como recompensa a própria realização da tarefa. Um líder é considerado carismático quando disponibiliza recompensas de conteúdo moral. Além disso, atua de modo a colaborar para que os integrantes do grupo consigam superar seus próprios interesses e trabalhar com afinco para realizar a missão ou meta proposta. No entanto, para alcançar esse grau de comprometimento e realização, os líderes carismáticos destinam atenção especial para as fragilidades e potencialidades de seus seguidores. O líder carismático possui a capacidade de motivar e de estabelecer valores, a fim de superar seu desempenho passado e seu interesse pessoal, gerando um sentido de comprometimento em relação aos objetivos. O carisma, ou capacidade de influência do líder, apela às emoções dos seguidores e estimula sua identificação com o líder (MAXIMIANO, 2004).

Esse modelo motivacional de liderança oferece algumas recompensas, tais como: satisfação e oportunidade de crescimento pessoal decorrente da participação em um projeto ou tarefa inovadora; recompensas simbólicas como prestígio social, participação em cerimônias e solenidades, reforçando o sentido de participação em grupos; agradecimentos, reconhecimento do desempenho e satisfação associada à participação no processo decisório (MAXIMIANO, 2004).

3.1.4.2 Liderança Transacional e Transformacional

Em 1978, Burns um notável estudioso da área das interações humanas, situou-se entre os primeiros a sugerir que líderes e liderados possuem capacidade para impulsionar uns aos outros a elevados níveis de motivação e moralidade. Assim, ele defendeu a existência de dois tipos de líderes em cargos administrativos. O administrador tradicional, preocupado com as atividades cotidianas, denominado de líder transacional e o administrador comprometido, que possui visão e capacidade para fortalecer sua equipe, chamado de líder transformacional (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Na Liderança Transacional os líderes se aproximam de seus seguidores com o intuito de influenciá-los, através do oferecimento de recompensas com a intenção de alcançar as metas planejadas (BURNS,

1978). Dentre elas pode-se destacar: promoções, aumentos de salários, participação nos resultados, autonomia, atendimento de solicitações relacionadas a transferências, prêmios por desempenho e designação para outros projetos (MAXIMIANO, 2004). A recompensa é uma palavra-chave na liderança transacional, por isso, o líder transacional estabelece metas e oferece incentivos para sua realização. Tanto o líder quanto o seu colaborador, compreendem o trabalho como um sistema de trocas entre contribuições e recompensas, devendo estar baseadas na razão, sem o fundo emocional que caracteriza a liderança carismática (MAXIMIANO, 2004).

Já o líder transformacional reconhece as necessidades de cada colaborador, mas não se limita a isso, procura ir mais longe, buscando satisfazê-las. Seu objetivo é transformar os resultados de liderança no estímulo mútuo de elevação que converte seguidores em líderes e pode converter os líderes em agentes morais. Desta forma, os líderes transformacionais podem ser categorizados como líderes intelectuais, líderes da reforma ou heróis (BURNS, 1978).

Marquis e Huston (2005) acrescentam que o líder transacional está focado na tarefa, busca negociar para alcançar suas metas, é zeloso e utiliza-se de recompensas para influenciar seus colaboradores. E o líder transformacional é comprometido, delega poder, inspira os outros com sua visão. Destaca-se que a visão é a essência da liderança transformacional, a mesma implica na capacidade de vislumbrar determinada situação futura e descrevê-la aos outros, para que comecem a compartilhar dos objetivos de maneira coletiva.

De acordo com as últimas tendências, a liderança transformacional já está sendo incorporada nas pesquisas da enfermagem. Para Galvão e Sawada (2005) a liderança transformacional pressupõe a identificação de valores entre líderes e seguidores, criando um vínculo forte de influência entre ambos, tornando mais saudáveis os relacionamentos interpessoais, pois o sucesso do líder provém de sua capacidade de influenciar os seguidores e de aceitar a influência que emana dos mesmos. Ainda, os autores ressaltam que a liderança pode ser compreendida como uma estratégia com potencial para estimular o enfermeiro a buscar conhecimento científico, mediante o desenvolvimento de pesquisas ou utilização dos resultados disponíveis na literatura e por consequência, a implantação da prática baseada em evidências na enfermagem, pois a partir dessa abordagem o enfermeiro pode tornar-se um agente de transformações, ao incorporar na sua prática inovações provenientes das evidências do conhecimento

científico ao cuidado humanizado disponibilizado pela enfermagem.

Diante de suas vantagens, Strapsson e Medeiros (2009) percebem a necessidade de incluir a Liderança Transformacional como uma temática transversal dentro dos currículos dos cursos de Enfermagem, instrumentalizando-os para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros para o mundo do trabalho e para gerenciar e liderar uma equipe. Ainda, ressaltam a responsabilidade das organizações quanto à formação de líderes, visando incentivar e implementar programas de capacitação e de educação permanente.

Destaca-se um estudo realizado nos Estados Unidos, por pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Akron, que descreve como os princípios da liderança transformacional podem contribuir para orientar o desenvolvimento e integração de um programa de simulação no currículo. As demandas do ambiente de cuidados de saúde, a necessidade de estágios clínicos, as mudanças na prestação de cuidados de saúde, e o volume elevado de estudantes de enfermagem criaram uma necessidade de pedagogias inovadoras, tais como o uso de simulação de alta fidelidade. Embora muitos professores reconhecessem o valor do ensino e da aprendizagem através de simulação de alta fidelidade, a implementação de um programa de simulação dentro de um currículo é um processo desafiador. O valor de ensinar com a simulação é que ela engaja os alunos em uma forma ativa de pensar e responder aos pacientes, a segurança de um ambiente de laboratório, permitindo a prática sem risco, ajudando na construção de um pensamento crítico e autoconfiança por meio de recriar situações clínicas comuns no laboratório. Os princípios de liderança transformacional, focando o desenvolvimento da equipe, compartilhando a visão, e buscando o apoio de líderes/professores são os principais passos para o sucesso, pois podem ser essenciais para orientá-los, a fim de implementar mudanças e desenvolvimento de um processo de ensino e aprendizagem inovador, em um ambiente de saúde em rápida transformação (CONRAD et al., 2011).

O preparo do enfermeiro-líder consiste em uma condição básica para que esse profissional aposte em mudanças na sua prática, com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde, conciliando os objetivos organizacionais com as necessidades da equipe de enfermagem. Assim, compreende-se que o embasamento teórico aliado a prática é imprescindível para sua capacitação (GALVÃO et al., 1998).

De acordo com Ribeiro, Santos e Meira (2006) a liderança transformacional pode gerar modificações institucionais, pois o líder age

motivando os trabalhadores a fazerem mais do que se esperava que fizessem, ou seja, a superar seus limites. Esse tipo de liderança tem potencial para mudar a cultura do trabalho por meio da utilização de padrões comportamentais como carisma e popularidade, estimulação intelectual, despertando nas outras pessoas uma consciência dos problemas e de suas possíveis soluções, e desenvolvimento e fortalecimento da equipe, a fim de que tanto as pessoas como a organização sejam beneficiadas.

Perante o exposto, observa-se a necessidade do enfermeiro em adotar um referencial que norteie suas práticas de saúde, com o intuito de potencializar o cuidado, seu planejamento, bem como os resultados esperados. Visualiza-se um intenso aporte teórico sobre liderança, o qual pode contribuir positivamente com a prática profissional do egresso, no entanto, é possível reconhecer que sua efetiva utilização mantém-se ainda na superficialidade, devendo ser aprofundada de modo permanente.

Ao analisar as teorias mencionadas, ousa-se afirmar que a liderança baseada no comportamento dos seguidores, em seu potencial de envolvimento e na motivação pessoal oferece resultados mais positivos aos comparados com os modelos centralizados na tarefa e na produtividade. Percebe-se que o diálogo, expresso por meio da comunicação horizontal e da participação da equipe nos processos decisórios, contribui efetivamente para o sucesso do líder. Por este motivo, será apresentada a liderança dialógica na enfermagem.

3.2 LIDERANÇA DIALÓGICA NA ENFERMAGEM

Mesmo com a sua difusão, a liderança ainda continua sendo um desafio e, muitas vezes, mal compreendida, principalmente no meio empresarial, que é o caso do ambiente hospitalar. Algumas pessoas, equivocadamente, a confundem com autoridade, exigindo respeito e obediência por acreditarem que possuem algum tipo de influência sobre os outros, em decorrência de sua posição social, econômica, cargo ou titulação. Dias (2003) afirma que autoridade consiste no direito de comandar, estabelecido por meio do poder legitimado, conferindo a uma determinada pessoa a responsabilidade de tomar decisões e ordenar as atividades de outrem. Já o autoritarismo é reconhecido como o abuso do poder, no qual a instituição ou pessoa se excede no exercício da

autoridade.

Um estudo verificou que os enfermeiros concordaram quanto à importância de distinguir liderança, autoridade e autoritarismo (AMESTOY et al., 2009b). Cumpre esclarecer que este profissional ao coordenar as atividades, na maioria das vezes, assume uma posição hierárquica vertical que lhe confere legalmente poder e autoridade para atuar, por meio da supervisão comanda e controla as ações dos membros da equipe com o objetivo de garantir a eficiência e a eficácia no trabalho; como coordenador, tem poder e autoridade para ditar e impor padrões de trabalho, seguindo e fazendo seguir regras, normas, rotinas que contemplam, geralmente, as metas organizacionais (POLETTI, 1999).

No cotidiano dos serviços de saúde é comum presenciar situações envolvendo abusos de poder. Alguns chefes tentam mascarar suas inseguranças e fraquezas, utilizando-se da prepotência e arrogância para tratar com os demais membros da equipe. O medo é uma forma de coação que pode induzir às pessoas a aceitarem tal influência, entretanto, sabe-se que este não é o tipo de liderança capaz de sobreviver por muito tempo. Situações assim podem se tornar verdadeiros “estopins” dentro destas organizações, por serem geradoras de conflitos e capazes de alterar o clima no ambiente de trabalho.

Todavia, defende-se que a imposição não representa a melhor estratégia de exercer a liderança no ambiente de trabalho. O mais comum é que, frente ao abuso da autoridade, os profissionais acabem desenvolvendo as atividades conforme o exigido, muitas vezes, por medo ou receio de perderem o emprego. Tal imposição pode colaborar para o estabelecimento do sofrimento psíquico, limitando a criatividade, afetando a satisfação e qualidade de vida dos trabalhadores. Com isso, acredita-se que a força derivada da posição é uma fraqueza, porque minimiza o potencial de quem a utiliza, reafirmando a dependência de fatores externos para alcançar as metas traçadas pelo líder e colaboradores (SIMÕES; FÁVERO, 2003).

Enfatiza-se que o desejo pelo poder caracteriza a humanidade desde o seu início, no entanto, o poder não é partilhado igualmente entre as pessoas, pois umas possuem mais poder do que outras e utilizam-no de maneira consciente e adequada, enquanto outras dele abusam (MOSCOVICI, 2001).

Segundo Marquis e Huston (2005) a palavra poder deriva do verbo latino “*potere*”, que significa ser capaz. E pode ser classificado, a partir das idéias de Fowler, Blanchard e Hawkins (2007) em: poder de posição, sendo inerente à autoridade devido à titulação, cargo ou função

exercida; poder pessoal, relacionada à presença de atributos pessoais como caráter, paixão, inspiração ou sabedoria; poder de tarefa, que se origina em um trabalho específico; poder de relacionamento, que provém do poder de se vincular aos outros, através de uma amizade, parentesco, do cultivo de uma relação e, finalmente, poder do conhecimento, que surge a partir de habilidades, mas também fica evidenciado mediante diplomas ou certificados que indicam um treinamento especial.

Freire (2005) defende que as relações de poder engendram as relações entre opressor-oprimido, contudo o oprimido só se libertará dessa situação libertando o opressor e não almejando sua posição, por isso torna-se importante re-inventar o poder, sendo necessário que todas as pessoas o exerçam. A sociedade precisa livrar-se de relações de poder de mando e subordinação substituindo-as por relações radicalmente democráticas, que podem ser efetivadas pelo empoderamento coletivo. Desta maneira, a palavra empoderamento deve ser utilizada não no sentido de dar poder a alguém, mas no sentido de ativar o potencial criativo, bem como de desenvolver e potencializar as habilidades humanas (GUARESHI, 2008).

O conceito de empoderamento, fundamentado no referencial freireano, visa transpor os modelos tradicionais centrados no exercício do “poder-sobre” o outro e pela valorização de espaços em que se torne possível o exercício do poder na interação entre sujeitos e coletivos, ou seja, o “poder-com”. Sob esta óptica, o empoderamento, ao ser inspirado numa perspectiva libertadora, tem como objetivo auxiliar para a emancipação humana, o desenvolvimento crítico, a superação das estruturas institucionais ideológicas de opressão.

Frente a este contexto, o diálogo representa uma estratégia fundamental à disposição do enfermeiro-líder, o qual consiste em um fenômeno humano, que não pode ser reduzido ao simples depósito de ideias de um sujeito no outro, por se tratar do encontro entre os homens, enquanto seres pensantes, para problematizar situações com o intuito de modificar a realidade na qual estão inseridos. Complementa-se que o diálogo tem significação justamente porque os sujeitos dialógicos não apenas conservam sua identidade, como também a defendem e assim crescem um com o outro (FREIRE, 2005, 2008).

Dessa forma, é preciso que o enfermeiro estabeleça uma liderança dialógica com os integrantes da equipe, para tanto o líder deve afastar-se da postura diretiva para reconhecer as potencialidades de cada membro da equipe, estimular a co-responsabilização e a autonomia profissional.

Este modelo de liderança é compreendido como suporte para o encadeamento das relações interpessoais, em que o enfermeiro-líder tem consciência de que exerce influência e é influenciado pelos seus colaboradores. Este profissional precisa adotar relações dialógicas no âmbito hospitalar, corporificando um processo mútuo e permanente de ensinar e aprender, construindo através desse movimento, uma teia de relações interdependentes a um todo indivisível, que converge para a superação das relações piramidais que caracterizam o trabalho da enfermagem (POLETTTO, 1999).

A liderança dialógica é fundamentada em um processo de comunicação horizontal, o qual é fortalecido pelo compartilhamento de informações entre o líder e os membros do grupo. Na enfermagem, podem ser destacados diversos estudos abordando a comunicação como uma habilidade necessária ao líder, tais como: Gelbcke, Souza, Dal Sasso, Bub (2009), Santos e Silva (2003), Simões e Fávero (2003), Corniani, Galvão e Sawada (2000), Trevizan, Mendes, Fávero e Melo (1998).

A liderança e a comunicação são imprescindíveis na área da enfermagem, devido aos diferentes conflitos que precisam ser administrados, oriundos da própria equipe ou até mesmo do convívio com os demais profissionais. Porém, torna-se pertinente destacar que é na equipe de enfermagem que se tem espaço para construir novos laços e relações mais harmônicas e democráticas, baseadas no respeito, capazes de impulsionar mudanças no ambiente de trabalho (GELBCKE et al., 2009).

Para Simões e Fávero (2003), a comunicação não se restringe ao que se diz, mas engloba a forma como as palavras são ditas. Ao contrário do que é ensinado por alguns educadores, a chave da comunicação eficiente caracteriza-se pela simplicidade, desta forma, deve se evitar tentar impressionar as pessoas com palavras e frases rebuscadas. Se o líder pretende alcançá-las e motivá-las deve tornar sua mensagem simples e de fácil compreensão.

No cenário da saúde, a comunicação representa uma estratégia importante que pode gerar frutos positivos aos profissionais que estiverem sensibilizados quanto a sua importância, no sentido de possibilitar uma relação horizontal e dialógica, a qual prima pela exposição aberta das ideias e pela qualidade do cuidado (AMESTOY et al., 2009).

Além disso, em um estudo sobre formas de liderança constata-se que a equipe espera do enfermeiro uma atitude de cuidado, não restrita aos usuários e familiares, mas também para com os membros da equipe

de enfermagem objetivando romper com o modelo opressor de liderança presente nas instituições hospitalares, mas é necessário que esse cuidado esteja atrelado à liderança dialógica, que poderá colaborar para o aumento da qualidade da assistência, além do estabelecimento de vínculos profissionais saudáveis (SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006).

Outro fator importante a ser lembrado é o papel do líder enquanto educador. Como exposto anteriormente, o conhecimento consiste em uma fonte de poder. A posse do conteúdo por parte do enfermeiro faz com que o mesmo tenha condições de manipular tanto as situações como a equipe, o que contribui para fortalecer a existência da relação dialética entre opressor-oprimido, porém é através da socialização dos saberes que essa adversidade poderá ser superada.

O enfermeiro, por exercer a posição de coordenador da equipe de enfermagem e de gerente de unidades e instituições hospitalares, é visualizado como o profissional de referência para seus colaboradores. Por esse motivo, ele necessita de atualização contínua não podendo se contentar apenas com a aprendizagem adquirida durante a graduação. Além disso, possui o papel imprescindível de agente multiplicador dos saberes, os quais devem ser socializados com a equipe, a fim de que esta também se aprimore permanentemente, sendo assim, um bom líder também deve ser um bom educador.

A disposição de aprender é inerente ao profissionalismo; diante disso, o bom profissional é um eterno e ávido aprendiz (GOMÉZ, 2005). No entanto, somente um terço das pessoas leem um livro depois de concluírem a faculdade. Acredita-se que a maioria destas pessoas compreende a educação como um período da vida não como um modo de vida (MAXWELL, 2007).

Na atualidade, o conhecimento é um grande diferencial, em meio as intensas mudanças enfrentadas. A complexidade do mundo impulsiona as pessoas para o aprimoramento permanente, ou seja, ao longo da vida, mas nesse cenário, a educação não se restringe a obtenção de conhecimentos globalizados, ela promove a construção de seres humanos autônomos, críticos, reflexivos, dialógicos, trata-se de um recurso em prol da cidadania.

Pode-se dizer que o aprendizado consiste em uma ferramenta capaz de impulsionar o crescimento organizacional, porém, para que isto realmente aconteça não basta investir apenas no aprimoramento profissional do líder, mas também no desenvolvimento dos colaboradores, principalmente na enfermagem, visto que seu processo

de trabalho é estruturado de maneira coletiva.

Por acreditar na formação do enfermeiro-líder, destaca-se a importância do aprendizado permanente, pois, conforme a perspectiva freireana, o impulso motivador do ser humano a educação é ontológico, isto é, decorre de sua própria natureza; dessa forma é na inconclusão do ser e na conscientização de tal estado que se fecunda a educação como processo permanente (FREIRE, 2008).

De acordo com Amestoy et.al.(2010b) é possível que o enfermeiro desfrute das vantagens oportunizadas pela **liderança dialógica**, que se baseia no estabelecimento de um processo comunicacional eficiente, com a finalidade de potencializar a autonomia, a co-responsabilização e a valorização dos membros da equipe de trabalho e dos usuários das instituições hospitalares, além de auxiliá-lo na tomada de decisões, no planejamento e na implementação das práticas de cuidado.

3.3 CONSTRUÇÃO DA LIDERANÇA COMO COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

No decorrer dos anos, o processo de ensino-aprendizagem da enfermagem passou por várias modificações, resultantes de mudanças ocorridas nos diversos contextos históricos que permeiam a sociedade brasileira. Unicovsky e Lautert (1998) referem que devido ao caráter dinâmico da enfermagem, a mesma sofre influência direta da evolução da ciência e da tecnologia, na medida em que os conceitos de saúde e sua prática se modificam de maneira contínua.

Diante disso, o perfil dos enfermeiros apresentou significativas mudanças, sendo essas influenciadas por transformações de origem político-econômico-social da educação e da saúde a nível nacional e mundial (ITO et al., 2006). Desta forma, implica aos cursos de enfermagem e professores, a responsabilidade de instrumentalizar as pessoas para acompanharem essas mudanças, e ainda apresentarem uma atitude crítica e criativa que contribua para a equidade, através da promoção e melhoria das condições de saúde de indivíduos e coletividade (UNICOVISKI; LAUTERT, 1998).

O ensino oficial sistematizado da Enfermagem Moderna no Brasil iniciou no Rio de Janeiro em 1923 pelo Decreto nº 16300/23, através da organização do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de

Saúde Pública (DNSP), o qual era dirigido por Carlos Chagas, passando a ser denominado, posteriormente, de Escola Anna Nery (ITO et al., 2006). Devido ao risco de epidemias que o país enfrentava naquele período, o ensino proposto por essa escola objetivava formar profissionais para atuar frente a medidas que garantissem o saneamento urbano, além de promover a manutenção das condições necessárias à continuidade do comércio internacional (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Ao analisar a legislação referente ao ensino de enfermagem, englobando os currículos de 1923, 1949, 1962 e 1972, identifica-se que a formação do enfermeiro era centrada na tríade indivíduo/doença/cura e nas atividades desenvolvidas no âmbito hospitalar. Na década de 80, emergem novos conceitos como equidade, integralidade e universalidade, os quais constituem alguns dos princípios que regem o SUS, regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pela lei 8080/90, o que tornou necessário a formação de profissionais generalistas capazes de atuar em todos os níveis de atenção, com o intuito de atender as demandas sociais. Para tanto, em 1994, através da Portaria nº 1721/94 criou-se uma proposta curricular que propunha a formação de enfermeiros atuantes na assistência, gerência, ensino e pesquisa. Já em 1996 foi instituída a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9394 que prevê a reestruturação dos cursos de graduação e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso (BACKES, 2000; ITO et al., 2006).

Em conformidade com a nova LDB, foram instituídas, no ano de 2001, as novas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem baseadas em competências.

Tais diretrizes definem a formação de enfermeiros generalistas, humanos, críticos e reflexivos, capazes de aprender a aprender e que atendam as necessidades da população. Para o exercício da enfermagem torna-se necessário o desenvolvimento das seguintes competências: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento, educação permanente e liderança (BRASIL, 2001).

Com o intuito de facilitar a compreensão sobre assunto em pauta, cumpre informar que o significado original da palavra competência é de natureza jurídica e consiste no respeito pelo poder que uma jurisdição tem de conhecer e decidir sobre uma causa. Gradualmente outros significados foram sendo atribuídos a esse termo, tais como: capacidade de alguém para se pronunciar sobre um assunto, de realizar determinada ação ou ter capacidade e habilidade (NOVO; CHERNICHARO;

BARRADAS, 2008).

Conforme Perrenoud (1999), sociólogo suíço que vem desenvolvendo pesquisas sobre a temática, competência consiste na capacidade de agir de forma eficaz frente a um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. A competência emerge como uma maneira de repensar as interações estabelecidas entre as pessoas e seus saberes, bem como entre as organizações e suas demandas frente aos processos de trabalho (RUTHES; CUNHA, 2008).

Já Almeida (2004), defende que a palavra competência pode representar três sentidos principais: função ou atribuição de um profissional, cuja autonomia implica responsabilidade e poder decisório, um atributo positivo de alguém em determinada situação e competitividade, relacionada ao esforço destinado à superação de obstáculos.

Na atualidade, competência tornou-se bastante difundida nos discursos sociais e científicos, invadindo não só o mundo do trabalho como o campo da educação, em seus diferentes níveis, transformando-se em projeto pedagógico (ALMEIDA, 2004). Ruthes e Cunha (2008, p. 110) afirmam que “competência não se encontra solta entre teoria e prática, entre saber e saber-fazer, simplesmente, mas fortalece as suas bases e convicções em fundamentação teórica, em conhecimento de causa e no domínio da realidade social”.

Percebe-se também a necessidade de realizar uma articulação mais consistente entre competência e liderança para a criação de espaços dialógicos nas instituições de ensino, bem como nos serviços de saúde, os quais possibilitem a formação e o desenvolvimento contínuo de enfermeiros-líderes dispostos a desenvolverem as competências profissionais instituídas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

No decorrer do processo de trabalho da enfermagem, compete ao enfermeiro o gerenciamento da assistência prestada aos usuários, à realização de atividades administrativas, educativas e de pesquisa, com o intuito de aprimorar a prática profissional (GALVÃO; TREVIZAN; SAWADA, 1998). O enfermeiro destaca-se na área da saúde pela multiplicidade de atividades que desenvolve, além da realização do trabalho intelectual, coordenação das ações da equipe de enfermagem, tanto em relação à escala de serviço e de tarefas quanto ao redimensionamento de pessoal, bem como a organização e implementação da assistência (RODRIGUES; LIMA, 2004).

O domínio do conhecimento sobre liderança permite que o enfermeiro-líder possa definir a estrutura de trabalho de sua equipe e da

instituição, influenciando na administração, na educação, na pesquisa, no processo decisório, no aprimoramento e autonomia de seus colaboradores, para disponibilizar uma assistência eficiente (MACHADO et al., 2006; GELBCKE et al., 2009).

Convém destacar que ao se reportar à liderança, inevitavelmente, emerge a necessidade de responder a seguinte questão: as pessoas já nascem líderes ou é possível a sua construção?

Para Hilsdorf (2007) há uma mitificação do conceito de liderança, o qual torna o perfil de líder inatingível para algumas pessoas. Assim, sua desmitificação é a primeira e essencial atitude relacionada ao estudo da liderança, devendo ser adotada, a fim de possibilitar uma maior compreensão sobre o assunto.

Ao adentrar no ambiente organizacional, pode-se descobrir a existência de numerosos mitos e confusões relacionadas à liderança, além da formação de clichês, que por força do uso, adquiriram a consistência de convicções. No entanto, estes mitos devem ser rejeitados, e as confusões corrigidas. O principal deles está vinculado à liderança nata (GÓMEZ, 2005).

Para Fullman (2007) e Alvarenga (2007) o ser humano não nasce pronto e sua construção dá-se no decorrer de sua história. Desde o nascimento, as pessoas precisam de orientação, em geral, elas têm seu caráter e a sua personalidade moldados pelo convívio com a família e coletividade. Este fato possibilita a evolução humana, a qual consiste no resultado das transformações do comportamento, sendo estas influenciadas por crenças, valores e fatores ambientais. Assim, a liderança nata consiste num equívoco, não condizente com a realidade mostrada pelo mundo, pois todas as pessoas possuem características que podem ser convertidas em traços de liderança. Contudo, a transformação desse potencial em realidade vai depender de cada pessoa, da situação, do grau de maturidade e do desejo de tornar-se um líder (BULAMAQUI, 2007).

Perante a formação do líder, o desenvolvimento contínuo é o fator chave para o aprimoramento da liderança (FULLMANN, 2007; GAUDÊNCIO, 2007; MAXWELL, 2007, 2008; NETO, 2007; TEJON, 2007; ZENGER; FOLKMAN, 2008). Relacionado a esta questão, Vilhena (2007, p. 67) complementa:

O líder pode ser descrito como um 'produto não-determinado'. Sua formação não se esgota nos cursos que venha a concluir ou nas experiências profissionais que tenha acumulado. Isso significa que, de certa forma, nunca estará 'pronto' e que o

investimento em sua aprendizagem deve ser contínuo.

Com isso, o aprendizado sobre liderança deve ser iniciado na graduação, a partir de conteúdos específicos e experiências vivenciadas no cotidiano de enfermagem (GALVÃO; SAWADA, 2005).

Durante a formação acadêmica, busca-se que o educando desenvolva diversas habilidades e competências que incluem uma multiplicidade de conhecimentos, além da associação entre teoria e prática, ou seja, a práxis em saúde. Para que isso se efetive, é indispensável que os educadores e outros profissionais com quem os estudantes interagem, adotem posturas democráticas que os estimulem a desenvolver as competências necessárias para tornarem-se líderes.

Conforme Esperidião e Munari (2004), a formação na enfermagem tem se mostrado adepta ao tecnicismo, priorizando o aprendizado de procedimentos técnicos.

Frente ao exposto, informa-se que o processo de ensino-aprendizagem da enfermagem possui fortes resquícios oriundos da institucionalização da profissão. Isto se deve à instrumentalização da clínica, em que os conhecimentos anátomos-fisiológicos passaram a focar como objeto de trabalho a cura do corpo. Neste contexto, o médico é o agente que preside, histórica e socialmente, esse processo. Diante da complexidade do saber e a ampliação da infra-estrutura do ambiente hospitalar, outros trabalhadores foram agregando-se a este profissional. A impregnação da cura como produto final do processo de trabalho, fez com que o saber da enfermagem se deslocasse do cuidado passando a centralizar-se na execução de tarefas e procedimentos técnicos perdendo parte de sua identidade (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Na contemporaneidade, a formação do enfermeiro, ainda está associada às atividades técnicas, aspecto que influencia o cuidado prestado pelos profissionais. Este cuidado tende a ser desenvolvido de forma mecânica, norteado por tarefas que obedecem rigidamente normas e prescrições estabelecidas pela instituição (PINTO; PEPE, 2007).

Estudo constata que alguns estudantes preocupam-se, de modo excessivo, em realizar procedimentos técnicos. Desta maneira, torna-se possível visualizar o tecnicismo na formação, a desvalorização de competências de cunho gerencial, como a liderança, que em grande parte, somente é lembrada quando o enfermeiro já está inserido no mercado de trabalho e precisa tomar decisões, solucionar conflitos e coordenar uma equipe, que na maioria das vezes, é formada por

trabalhadores com mais idade e experiência profissional (AMESTOY et al., 2010a).

Ainda, identifica-se que os conteúdos teóricos têm sido apresentados na forma de aulas exaustivas, sem apresentar a devida relevância do seu real significado e, desarticulados entre si, não oferecendo o retorno desejado ao graduando (ESPERIDIÃO; MUNARI, 2004). Essa maneira de ensinar pode explicar, pelo menos em parte, a dificuldade no exercício da liderança, tendo em vista que o mesmo, quando descontextualizado da prática e da realidade do trabalho, engessa a instrumentalização do futuro profissional para ser líder da equipe, já que a liderança exige tomada de decisão a partir de vivências (AMESTOY et al., 2010a).

Freire e Shor (2011) salientam que o currículo baseado em aulas expositivas não constitui apenas uma prática pobre, mas um modelo de ensino que preconiza a promoção da autoridade dominante na sociedade e, por consequência, gera a desativação da potencialidade criativa dos educandos. No entanto, cabe destacar que o erro não está na aula expositiva, mas na aula em que não se admite contestações das verdades transmitidas e impostas nem o posicionamento crítico dos estudantes.

No decorrer da graduação, acredita-se que alguns acadêmicos assumem ou são levados a assumir uma postura mais passiva aguardando que os professores ou outros profissionais da saúde lhes digam o que fazer. Ao ser formar evidenciam a sensação de “estar sozinhos”, o que causa insegurança, dificuldades no gerenciamento da equipe de enfermagem e, conseqüentemente, comprometimento de sua liderança. O predomínio de um ensino autocrático, que policia o pensamento crítico-reflexivo e mascara o processo dialógico, pode contribuir com a ocorrência dessa situação (AMESTOY et al., 2010a).

Com o intuito de colaborar para a minimização das fragilidades gerenciais dos acadêmicos de enfermagem, salienta-se com base em Stacciarini e Esperidião (1999) que o docente deve assumir de modo efetivo uma posição perante aos desafios postos ao ser humano para o enfrentamento de uma nova era, cujas tendências exigem, do profissional capacidade para investir no seu autoconhecimento, agilidade e criatividade na resolução de problemas, conhecimento variado e habilidades relacionais.

Assim, torna-se relevante que os docentes conheçam a trajetória de vida do educando, pois alguns poderão possuir características facilitadoras do exercício da liderança, enquanto outros necessitarão de mais estímulos e investimentos para desenvolvê-la (AMESTOY et al.,

2010a).

As dificuldades com a formação de enfermeiros-líderes não são detectadas apenas no Brasil, mas também em outros países. Nos Estados Unidos, educadores e enfermeiros também são considerados agentes de transformação e líderes que criam e direcionam o futuro em constante mudança do ensino de enfermagem e prática. Líderes educacionais funcionam como agentes de mudança, com o intuito de criar um futuro desejado para a educação de enfermagem e da prática de enfermagem, o que exige capacitação em todos os níveis para promover a aprendizagem e desempenho. No entanto, as escolas de enfermagem estão em um ponto de ruptura, diante da escassez do futuro profissional. A falta de corpo docente qualificado é mais preocupante do que ter um número suficiente de estudantes, pois minimiza o potencial para futuros líderes educacionais. Outras preocupações com o ensino de enfermagem hoje incluem o aumento de enfermeiros estrangeiros que têm diferenças linguísticas e culturais, uma explosão de inovações tecnológicas para a saúde, e a falta de locais de ensino, que forçam mudanças educacionais para ajudar a gerenciar as crises de saúde. Estes fatores requerem mudanças políticas e curriculares (GIRARD, 2009). Mesmo com suas particularidades, variando de país para país, a educação em enfermagem, com ênfase na formação de líderes, merece destaque e empenho de educadores e dos responsáveis pela educação, a fim de que se possa construir uma enfermagem diferenciada e acima de tudo, competente e qualificada no que faz.

Concorda-se com Lanzoni e Meirelles (2011) quando afirmam que a liderança tem poucas oportunidades de avançar na enfermagem se não for deliberadamente estimulada mediante atitudes inovadoras, inserção de projetos e investimentos pessoais e coletivos, o que exige a união dos enfermeiros.

Atrelado a isso, faz-se necessário que os órgãos formadores e as instituições de saúde sensibilizem-se para a importância do ensino e do aprendizado permanente da liderança, pois, dessa maneira, poder-se-á disponibilizar, ao mercado de trabalho, profissionais aptos para assumir a função de líderes da equipe de enfermagem e preparados para desenvolver atitudes conscientes, por capacitarem-se como agentes de transformação.

Desta forma, ressalta-se a importância de investir na liderança como competência profissional e no seu processo contínuo de aprimoramento, o qual não deve restringir-se à formação acadêmica, mas ampliar-se ao ambiente de trabalho, abordar-se-á a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a fim de destinar maior

amplitude ao desenvolvimento profissional e autonomia do enfermeiro-líder nos serviços de saúde, em especial, nas instituições hospitalares.

3.4 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA O DESENVOLVIMENTO CONTÍNUO DA LIDERANÇA

A Política Nacional de Educação Permanente fundamenta-se em experiências bem sucedidas desenvolvidas por profissionais que assumiram posições de destaque no Ministério da Saúde, os quais tinham como objetivo disponibilizar um projeto educacional que atendesse as necessidades do SUS, na busca pela sua consolidação e qualificação, uma vez que esta última somente se tornará realidade através da educação profissional (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004). Desta forma, em fevereiro de 2004, conforme a Portaria 198/GM/MS, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Educação Permanente, com a finalidade de formar e capacitar profissionais da saúde para atenderem as reais necessidades da população, conforme os princípios do SUS (BRASIL, 2004).

De acordo com Zabalza (2004), a formação é entendida como um processo contínuo que ocorre no transcorrer da vida, não se reduzindo a um curto espaço de tempo, ou seja, a duração de um curso, sendo atualmente vinculada tanto ao desenvolvimento profissional como ao crescimento pessoal. Já a capacitação refere-se à habilidade que as pessoas devem possuir para serem formados e reformados de maneira mais adequada, de acordo com as exigências tecnológicas, organizacionais e de mercado (BERNSTEIN, 2003).

A Política Nacional de Educação Permanente consiste em uma proposta que visa à transformação do trabalho na área da saúde, aderindo a novas atividades como a atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente eficiente. Para que isso ocorra efetivamente, torna-se necessário descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica entre os trabalhadores, gestores e serviços, possibilitando também a participação social (CECCIM, 2005).

Com o intuito de alcançar o objetivo proposto pela Política foram criados, na época, os pólos de educação permanente, comprometendo-se socialmente em nível locorregional, interinstitucional, utilizando-se a dinâmica da roda de gestão. Cada pólo de educação permanente era

responsável por um determinado território, não podendo haver nenhum município sem referência a um pólo, os recursos para financiamento e apoio técnico provinham do orçamento do Ministério da Saúde e tinham a responsabilidade de identificar as necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, incentivar a formação de gestores a fim de obter maior integração na rede de atenção, propor políticas e estabelecer negociações nos níveis interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelos princípios do SUS e também estimular a criação de políticas com vistas à formação e desenvolvimento dos docentes (BRASIL, 2004).

Convém destacar que esta política conta com o apoio de diversos setores e instituições, tais como: gestores estaduais e municipais de saúde, instituições e hospitais de ensino, trabalhadores e estudantes da área, conselhos municipais, estaduais e movimentos sociais. Visando possibilitar um processo de comunicação efetivo, no qual todos os integrantes participem igualmente, é utilizada a dinâmica da roda, rompendo-se com a hegemonia da verticalidade (BRASIL, 2004).

A educação permanente em saúde atua frente ao quadrilátero da formação criado por Ceccim, sendo composto pela interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde objetivando-se através desta aliança valorizar as características locais, a capacidade de crítica, estabelecer aprendizagem significativa, a auto-análise e autogestão (CECCIM, LAURA, 2004; CECCIM, 2005).

A seguir se destaca os principais objetivos de cada componente do quadrilátero: a) formação: visa à modificação da educação tradicional centrada no professor e na transmissão por uma educação interacionista e problematizadora; b) atenção: busca construir novas práticas de saúde, considerando os princípios da integralidade, equidade e da humanização; c) gestão: tem a função de disponibilizar redes de atenção que assegurem a resolutividade das necessidades individuais e coletivas, considerando a avaliação e satisfação dos usuários e d) controle social: deve apoiar as lutas a favor da saúde pública (CECCIM, 2005).

Na concepção de Rovere (2005), o quadrilátero da formação é um dispositivo interessante para conectar processos que até o momento eram pensados de maneira individualizada. Todo o processo que esteja vinculado à educação permanente tem o poder de originar nos profissionais e no seu cotidiano transformações da sua prática.

Nesta proposta, a educação permanente engloba a educação formal, ou seja, os cursos de atualização, especialização, mestrado e doutorado, bem como, as atividades educativas desenvolvidas no ambiente de trabalho com o intuito de proporcionar o crescimento

profissional. Ainda, considera-se inserida neste contexto a educação informal, compreendida como o intercâmbio de conhecimento realizado entre os profissionais integrantes da equipe, os estudantes e docentes.

A preparação de profissionais e estudantes de acordo com os princípios do SUS visa romper com a atual organização do trabalho desempenhado nos serviços de saúde, pois esta tem sido realizada de forma fragmentada, ou seja, a saúde coletiva separada da clínica, a gestão separada da atenção e assim por diante. Cresce a necessidade da adoção de práticas educativas que se constituem em ferramentas que permitam uma análise das experiências locais, da organização de ações em rede, da formação, da pós-graduação, da qualificação dos docentes, das modificações na gestão e atenção à saúde e por fim o fortalecimento da participação da população (CECCIM, 2005).

Em 2007 entrou em vigor a Portaria GM/MS nº 1.996 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual propõe a condução regional da política, através da criação de Colegiados de Gestão Regional e de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), as quais são definidas como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução, desenvolvimento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Salienta-se que as CIES surgiram em substituição aos Pólos Locorregionais de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Esta portaria reforça que a educação permanente representa um conceito pedagógico no setor saúde, a fim de articular as relações entre formação e gestão setorial, bem como desenvolvimento institucional e controle em saúde (BRASIL, 2007). Desta maneira, as ações educativas devem ser revistas para possibilitar sua incorporação na prática, sendo utilizadas também pelos profissionais e estudantes, fazendo com que ocorra uma interligação entre os conhecimentos formais elaborados pelos estudiosos e os conhecimentos utilizados pelos profissionais, conforme sua realidade.

Considera-se a educação permanente como uma estratégia que oportuniza o desenvolvimento da liderança. Compreende-se que as competências propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais associadas à Política Nacional de Educação Permanente respaldam legalmente o processo de ensino-aprendizado formal da liderança, bem como a necessidade de ampliá-lo no cotidiano profissional do egresso. Frente ao exposto, sente-se a necessidade de uma maior conexão entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, para que o ensino

proporcione a formação de profissionais comprometidos, éticos e que estejam dispostos a deixar posições confortáveis para se exporem, tornando-se agentes de transformação, ou seja, enfermeiros-líderes.

No que se refere ao processo de ensino-aprendizado da liderança, pode-se afirmar que a necessidade de formação de líderes ainda mantém-se como um desafio a ser perseguido, não apenas pelas instituições de ensino, mas também por todos os enfermeiros, pois se trata de uma condição essencial, a qual possibilita a visualização de um futuro com novas perspectivas e propostas de atuação, podendo contribuir para um maior prestígio e valorização da enfermagem (SIMÕES; FÁVERO, 2000). Somente pode ser líder de uma equipe, a pessoa que promove seu autoconhecimento, traça metas e estratégias para seu crescimento pessoal e profissional, bem como de seus colaboradores, visando fortalecer as potencialidades do grupo e superar suas fragilidades.

Conforme o objetivo do estudo, o qual visa compreender o exercício da liderança como competência profissional na prática desenvolvida no âmbito hospitalar, torna-se importante destacar que as instituições hospitalares são entendidas como locais propícios para o desenvolvimento profissional, as quais são consideradas sistemas complexos que absorvem grande parte dos profissionais da saúde e disponibilizam empregos para diversos trabalhadores que atuam na administração, higienização, manutenção entre outras áreas que se fazem necessárias (MATOS; PIRES, 2006).

No entanto, o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem desenvolvido em tais instituições é, comumente, executado de forma fragmentada, o que intensifica a lacuna existente entre as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem, acarretando na compartimentalização da pessoa a ser cuidada. Desta forma, pode contribuir para que o cuidado, tarefa profissional da enfermagem, seja alvo de críticas relacionadas à forma mecanicista e burocratizada como é desenvolvido, sofrendo, em contrapartida, questionamentos sobre os recursos e instrumentais utilizados para a sua consecução, os quais permanecem interligados a paradigmas tradicionais, que acabam ferindo o viver humano, em sua subjetividade e complexidade (CAMPONOGARA; BACKES, 2007).

Frente a esta realidade, pode-se afirmar que a educação permanente é uma estratégia utilizada pelas três esferas governamentais, a fim de colocar em prática os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. Mediante a capacitação profissional, busca-se a integralidade da atenção a saúde, a qual consiste em uma competência profissional a

ser desenvolvida e aprimorada pelo enfermeiro. Reibnitz et. al.(2009) afirmam que a integralidade envolve o entendimento de fazer saúde como ação coletiva e não enquanto trabalho fragmentado, no qual o conhecimento é utilizado como instrumento de poder, de adaptação social ou de defesa do já instituído.

Salienta-se que a adoção no país da Política Nacional de Educação Permanente foi compreendida como uma estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde, promovendo um forte movimento de articulação intersetorial e interministerial. Tal movimento tem gerado espaços dialógicos entre os distintos setores e agentes responsáveis pela implementação das práticas em saúde no Brasil (REIBNITZ et al., 2009).

De acordo com Amestoy et. al. (2007) pode-se reconhecer a educação permanente como o primeiro passo para a amenização das condições atuais do trabalho nos serviços de saúde, através do distanciamento do modelo institucional desgastante, por um local promotor de satisfação, desenvolvimento e capacitação pessoal.

Diante da situação problemática que se encontra a saúde da população brasileira, a criação e adoção de políticas públicas que contribuam positivamente para a promoção da saúde e geradoras de condições que colaborem para o trabalho em equipe entre professores, alunos, profissionais, gestores e comunidade, com vistas ao bem-estar individual e coletivo, são indispensáveis no contexto atual. Entende-se que a adoção da educação permanente poderá contribuir positivamente para a modificação das condições de trabalho enfrentadas, atualmente, pelos profissionais da saúde, em especial os da enfermagem (AMESTOY et al., 2007).

A educação permanente considera o saber adquirido pelo enfermeiro originado a partir de suas experiências de trabalho. Essa valorização permite assinalar com maior propriedade a realidade dos serviços de saúde, a expressão das fragilidades e potencialidades dos sujeitos, estimulando no processo de formação, a troca mútua de experiências, a criação e socialização de um novo saber e uma nova prática, a partir da crítica e instrumentalização mediante a educação transformadora (BACKES et al., 2008).

Conforme Ferraz (2011) esta perspectiva só poderá ser alcançada, a partir do momento em que os homens sejam capazes de considerarem-se seres na busca constante de “ser mais”, que, mediante sua autorreflexão, podem descobrir-se enquanto seres inacabados e sujeitos na sua própria educação. Nesse ponto está centrado um dos grandes

desafios da Política Nacional de Educação Permanente.

Desta forma, busca-se oportunizar o desenvolvimento dos recursos humanos na área da saúde, a fim de que os mesmos possam ampliar a qualidade da assistência, bem como promover espaços para crescimento e aprimoramento profissional, tendo em mente que os trabalhadores são agentes de transformação e não de reprodução passiva da realidade.

3.5 MANUSCRITO 1: PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE LIDERANÇA NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM

Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem

THE SCIENTIFIC PRODUCTION REGARDING LEADERSHIP IN THE CONTEXT OF NURSING

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE LIDERAZGO EN EL CONTEXTO DE LA ENFERMERÍA

Simone Coelho Amestoy¹, Vânia Marli Schubert Backes², Leticia de Lima Trindade³, Bruna Pedroso Canever⁴

RESUMO

O estudo tem por objetivo identificar a produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem produzida nos últimos 10 anos (1999-2008). Trata-se de uma revisão bibliográfica na base de dados LILACS, na qual foram incluídos trabalhos publicados no formato de artigos, teses, dissertações, editoriais, apresentação de trabalho em eventos; em português, inglês ou espanhol; disponíveis na íntegra no formato eletrônico. Optou-se pela construção de um formulário para registrar os dados das produções, entre eles: referência, procedência dos manuscritos, ano, categoria, objetivos, metodologia e referencial teórico. Encontraram-se 57 publicações, das quais houve o predomínio de artigos originais, do tipo descritivo, no âmbito hospitalar e a escassa utilização de Teorias de Liderança fundamentando os estudos. A pesquisa aponta para a necessidade de adotar programas de desenvolvimento de líderes e projetos de educação permanente nos serviços de saúde, a fim de prepará-los para aplicar a liderança na enfermagem.

DESCRIPTORIOS

Enfermagem
Liderança
Serviços de Saúde

ABSTRACT

The objective of this study is to identify the scientific production in the context of nursing produced in the last decade (1999-2008). This literature review was performed using the LILACS database and included studies published as articles, theses, dissertations, editorials and presentations in events. Studies were written in Portuguese, English, or Spanish with the electronic full-text version available. A form was developed to register the data regarding the production, which included: reference, source of the manuscript, year, category, objective, methodology and theoretical framework. A total of 57 publications were found; most were original, descriptive articles performed in the hospital environment, and very few studies were founded on the Leadership Theory. It is necessary to adopt leadership development programs and permanent education projects within health services, with the purpose of preparing nurses to work as leaders.

DESCRIPTORS

Nursing
Leadership
Health Services

RESUMEN

Estudio que objetiva identificar la producción científica sobre liderazgo contextualizado en enfermería generada en los últimos diez años (1999-2008). Se trata de una revisión bibliográfica en base de datos LILACS, en la que se incluyeron trabajos publicados como artículos, tesis, disertaciones, editoriales, presentaciones de trabajos en eventos; en portugués, inglés o español; disponibles íntegramente en formato digital. Se optó por construir un formulario para registrar los datos de los trabajos, entre ellos: referencia, procedencia del manuscrito, año, categoría, objetivos, metodologías y referencial teórico. Se encontraron 57 publicaciones, predominando artículos originales de tipo descriptivo, en ámbito hospitalario, y la escasa utilización de Teorías de Liderazgo fundamentando los estudios. La investigación determina la necesidad de adoptar programas de desarrollo de líderes y proyectos de educación permanente en servicios de salud, a efectos de aplicar el Liderazgo en enfermería.

DESCRIPTORIOS

Enfermería
Liderazgo
Servicios de Salud

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista do CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil. samestoy@terra.com.br ² Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil. oivania@ccs.ufsc.br ³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis. Florianópolis, SC, Brasil. lettrindade@hotmail.com ⁴ Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil. olabruna@gmail.com

INTRODUÇÃO

Diante das diversas mudanças que estão ocorrendo no cenário mundial, originadas do âmbito econômico, social, político, ético e filosófico, as quais caracterizam a complexidade dos tempos atuais, emerge a necessidade de maior flexibilização e visão ampliada sobre o conhecimento, exigindo a formação de profissionais que dominem novas competências e habilidades, dentre elas a liderança.

A liderança passou a ser pesquisada cientificamente no início do século XX e consiste no processo de influenciar as pessoas a atuarem de modo ético-profissional, o que exige o estabelecimento de laços de confiança, a fim de que se possa trabalhar coletivamente, com o intuito de alcançar objetivos em comum⁽¹⁾. Alguns autores da Enfermagem consideram-na como um fenômeno de influência grupal, no qual é imprescindível agregar esforços individuais para atingir as metas compartilhadas pelo grupo⁽²⁻⁴⁾. Desta forma, percebe-se que exercer a liderança no contexto atual consiste numa realidade que permeia as ações do enfermeiro, em virtude da ocupação, cada vez mais frequente, de cargos de destaque nos serviços de saúde, relacionados ao gerenciamento do cuidado.

A fim de proporcionar melhor compreensão sobre a temática, cumpre esclarecer que o processo de ensino-aprendizado do enfermeiro sofreu várias modificações ao longo dos anos, que resultaram das intensas alterações nos diferentes contextos históricos. Em virtude disso, o perfil dos enfermeiros também apresentou transformações⁽⁵⁾. Cabe destacar que em 2001 foram instituídas as novas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem baseadas em competências, as quais abrangem a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento, educação permanente e liderança⁽⁶⁾.

O enfermeiro destaca-se na área da saúde pela multiplicidade de atividades que desenvolve, além da realização do trabalho intelectual, coordenação das ações da equipe de enfermagem, tanto em relação à escala de serviço e de tarefas quanto ao dimensionamento de pessoal, bem como a organização e implementação da assistência⁽⁷⁾. Mediante o exposto, o domínio do conhecimento sobre liderança permite que o enfermeiro-líder possa auxiliar na construção e mudança da estrutura de trabalho de sua equipe e da instituição, influenciando na administração, na educação, na pesquisa, no processo decisório, no aprimoramento e na autonomia de seus colaboradores para disponibilizar uma assistência de qualidade⁽⁸⁾.

Além de potencializar o cuidado, a liderança poderá auxiliar o enfermeiro na construção de um ambiente de trabalho satisfatório, por meio do estabelecimento de

vínculos profissionais saudáveis e de processos dialógicos efetivos entre o enfermeiro e os demais integrantes da equipe de enfermagem e multiprofissional.

No que se refere ao processo de ensino-aprendizado da liderança, pode-se afirmar que a necessidade de formação de líderes ainda mantém-se como um desafio, não apenas para o processo formativo, mas também para os serviços de saúde e enfermeiros, pois se trata de uma condição essencial, a qual possibilita a visualização de um futuro com novas perspectivas e propostas de atuação, podendo contribuir para a maior visibilidade e valorização da profissão⁽⁹⁾.

O enfermeiro, por exercer a posição de coordenador da equipe de enfermagem e de gerente de unidades e instituições hospitalares, é visualizado como o profissional de referência. Por esse motivo, carece de atualização contínua, não podendo ser restringir à aprendizagem adquirida durante a graduação⁽⁹⁾. Também atua como multiplicador dos saberes, que necessitam ser socializados com a equipe para que ambos possam se aprimorar permanentemente.

Frente aos benefícios e importância da liderança, busca-se explorar melhor essa competência profissional, por consequência, emerge a necessidade de desvelar a produção científica sobre o tema.

Todavia, faz-se necessário que os órgãos formadores e as instituições de saúde sensibilizem-se para a importância do ensino e aprendizado da liderança. Dessa maneira, poder-se-á contribuir para formação de profissionais aptos a assumir posições de líderes da equipe de enfermagem, capazes de atitudes conscientes e agentes de transformação⁽¹⁰⁾. Almeja-se a formação de enfermeiros politizados, capazes de atender às necessidades dos indivíduos e coletividades. Para tanto, é preciso repensar os descompassos existentes entre o ensino e as exigências do mercado de trabalho, a fim de instrumentalizar o enfermeiro para a aplicação da liderança no seu ambiente de trabalho, de modo a contribuir para a construção de espaços dialógicos, fundamentados em uma gestão participativa, autônoma e crítica nos serviços de saúde.

Frente aos benefícios e importância da liderança, busca-se explorar melhor essa competência profissional, por consequência, emerge a necessidade de desvelar a produção científica sobre o tema. Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo conhecer as produções sobre liderança no contexto da enfermagem indexadas na base de Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) nos últimos dez anos (1999-2008). O estudo permitiu ainda identificar as principais teorias de liderança utilizadas pelos estudos e elenca as mesmas no cenário das publicações latino-americanas, bem como contribui com uma reflexão crítica, no que se refere à evolução das pesquisas sobre a temática, e enfatiza sua importância no contexto da saúde.

MÉTODOS

A presente pesquisa bibliográfica segue os pressupostos da revisão bibliográfica, que resgata estudos já publicados, os sistematiza e permite realizar análise, discussão e conclusões sobre um tema de interesse, com o propósito de aumentar a confiabilidade e profundidade das revisões⁽¹³⁾.

Para a realização desta revisão, procedeu-se as seguintes etapas: seleção do tema e das palavras-chave; definição das bases de dados para busca; estabelecimento dos critérios para seleção da amostra; identificação do panorama geral do resultado da busca; construção de um formulário para registro dos dados coletados; análise dos dados e interpretação dos resultados⁽¹²⁾.

Iniciou-se a busca na base LILACS das produções sobre liderança no contexto da enfermagem nos últimos dez anos (1999-2008), utilizando-se o cruzamento dos descritores: Liderança, Leadership, Liderazgo e Enfermagem, Nursing, Enfermeria.

Optou-se pelo resgate de publicações nesse período devido à atualização constante do conhecimento e da informação e também por englobar o ano de 2001, quando foram promulgadas as novas Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Enfermagem, enfatizando e disseminando a liderança enquanto competência profissional do enfermeiro.

Como critérios de seleção dos trabalhos, definiu-se que deveriam estar publicados no formato de artigos, teses, dissertações, editoriais, apresentação de trabalho em eventos; em português, inglês ou espanhol e estarem disponíveis na íntegra no formato eletrônico. Finalizadas as buscas, a pesquisa foi replicada por três pesquisadoras para garantir a aplicação correta dos procedimentos de busca e critérios de inclusão. A etapa seguinte compreendeu a leitura, organização dos resultados e categorização das informações extraídas dos artigos. Para isso, utilizou-se um formulário contendo: referência das publicações, ano e procedência dos estudos, área de conhecimento, tipo de estudo e os detalhes da metodologia. Também foram explorados os objetivos, considerações finais e o referencial para liderança utilizados nos estudos.

A coleta dos dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2009. A partir disso, realizou-se a leitura de todos os trabalhos capturados na íntegra, posteriormente, a sistematização dos achados e categorização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a consulta à LILACS utilizando o descritor *Liderança*, *Leadership*, *Liderazgo*, foram encontradas 481 publicações. Após sua combinação com o descritor *Enfermagem*, *Nursing*, *Enfermeria*, encontrou-se um grande volume de publicações (154 estudos). Após a aplicação

dos critérios de exclusão dos trabalhos, pode-se observar que houve predomínio de artigos originais, oriundos predominantemente do Estado de São Paulo e publicados no ano de 2005.

Os estudos caracterizaram-se, na maioria como do tipo descritivo, porém sem predomínio da abordagem qualitativa ou quantitativa, bem como utilizaram técnicas diversificadas de coletas dos dados. Apesar de abordarem a liderança no contexto da enfermagem, poucos utilizaram as Teorias da Liderança para fundamentação dos trabalhos. Foram selecionadas 154 publicações, sendo que do período compreendido de 1999 a 2008 obtiveram-se 91 trabalhos. Após a seleção dos mesmos, foi realizada a busca na íntegra que resultou em 57 trabalhos completos, disponíveis *online* e de domínio público.

O critério de exclusão mais significativo (30,7% dos trabalhos excluídos) foi estar fora do período pré-determinado para o estudo (1999 a 2008). A partir da aplicação desse critério, excluíram-se 63 trabalhos dos 154 inicialmente selecionados. Outro critério relevante relacionou-se à disponibilidade da publicação no formato *online* e gratuito; com isso, 34 trabalhos foram excluídos, resultando em 57 publicações de interesse (37% do total de estudos), no formato de artigos científicos, dissertações e teses.

Com a análise das 57 publicações encontradas, visualiza-se um maior número de produções no ano de 2005. Na Tabela 1 são apresentados os anos, bem como o número de publicações identificadas.

Tabela 1 - Número de produções científicas sobre liderança no contexto da enfermagem publicadas na base de dados LILACS - Florianópolis - 2009

Ano de Publicação	Número de estudos	
	N ^o	%
2008	7	12,28
2007	6	10,53
2006	10	17,54
2005	12	21,05
2004	4	7,02
2003	5	8,77
2002	4	7,02
2001	4	7,02
2000	4	7,02
1999	1	1,75
Total	57	100

A maioria das publicações (52,6%) é oriunda do Estado de São Paulo, totalizando 34 estudos, que consiste em um dos principais polos acadêmicos do Brasil causador de impacto considerável na produção científica na Enfermagem; dez estudos (17,5%) são do Rio de Janeiro. Nos Estados do Paraná, Santa Catarina e Ceará foram encontradas duas publicações. No Rio Grande do Sul, Goiás e Minas Gerais, identificou-se uma publicação por Estado. Con-

vém informar que existiu um estudo publicado no Brasil originado a partir de discussões de enfermeiras de diversos países, entre eles: Estados Unidos, Canadá, Colômbia, Equador, Argentina, Peru, México e Brasil. Três estudos foram publicados no país, com procedência mexicana, norte-americana e canadense. Dessa forma, observa-se o predomínio de publicações de nacionais sobre a temática no período investigado.

Em relação à metodologia, houve o predomínio dos estudos descritivos, evidenciados em 28 estudos (49,1%). Foram encontrados 26 (45,61%) artigos originais, 11 (19,29%) estudos reflexivos, sete estudos (12,28%) de revisão bibliográfica, cinco (8,77%) recortes históricos, duas dissertações, dois editoriais, uma tese, um relato de experiência, um trabalho no formato de depoimento e uma mesa redonda. Percebe-se que há um maior interesse e espaço nas revistas científicas em publicações que resultam de pesquisas de campo, o que em parte justifica o maior número de artigos originais. Com esse resultado, verifica-se ainda que, apesar do bom número de publicações latino-americanas sobre o assunto, permanece escasso o número de dissertações e teses que tratam o tema no contexto da enfermagem, apontando para a importância de maiores investimentos acadêmicos na temática.

Quanto à abordagem, sete estudos (12,28%) definiram o delineamento adotado como qualitativo e seis (10,52%) como quantitativo. Um estudo associou as abordagens qualitativas e quantitativas. Esse resultado demonstra que não houve grande diferença entre a utilização da pesquisa qualitativa e quantitativa nos estudos latino-americanos que tratam o tema da liderança no contexto da enfermagem nos últimos dez anos.

As técnicas de coletas de dados dos estudos foram diversificadas, incluindo observação não-participante, oficinas, questionários, entrevistas semiestruturadas, instrumentos internacionais, revisão bibliográfica e escalas. O uso de diferentes técnicas de coleta de dados revela que o tema permite amplas formas de buscar conhecê-lo.

Quanto ao local do estudo, observou-se que 27 estudos foram realizados em instituições hospitalares. Destes, dez (17,54%) foram realizados em hospitais escola, oito (14,03%) em hospitais privados, cinco (8,77%) em hospitais públicos, três (5,26%) em hospitais filantrópicos e um estudo foi desenvolvido em uma instituição hospitalar não-caracterizada. Cabe informar que um dos estudos foi desenvolvido em três instituições hospitalares e outro estudo em duas, concomitantemente. Apenas duas pesquisas foram feitas em unidades básicas de saúde. Com isso, percebeu-se o grande interesse dos pesquisadores em desenvolver os estudos no ambiente hospitalar. Pesquisadores ressaltam que as instituições hospitalares são entendidas como locais propícios para o desenvolvimento profissional, são consideradas sistemas complexos que absorvem grande parte dos profissionais da saúde e disponibilizam empregos para diversos trabalhadores que

atuam na administração, higienização, manutenção entre outras áreas que se fazem necessárias⁽¹³⁾. Além disso, esse cenário se apresenta, historicamente e culturalmente, como um espaço em que são tecidas complexas relações, permeadas por vivências singulares dos profissionais de saúde e usuários.

Alguns estudos consideram que o enfermeiro-líder possui papel fundamental na engrenagem de uma instituição de saúde, seja esta ambiente hospitalar ou unidade básica de saúde. Por esse motivo, no decorrer do exercício da liderança, o profissional deve promover um ambiente favorável para a execução do cuidado, assumindo a difícil tarefa de coordenar a equipe de enfermagem. Para tanto, necessita desenvolver e aprimorar habilidades e competências que favoreçam a condução equilibrada de um grupo, dentre elas: a busca constante pelo conhecimento, comunicação eficiente, resolutividade, bom relacionamento interpessoal, entre outras^(13,10,14).

Outro interesse da proposta era identificar as principais Teorias da Liderança utilizadas nos trabalhos; nesse momento, observou-se a presença da Teoria do Grid Gerencial⁽¹⁵⁾ em sete estudos, quatro adotaram a Teoria da Liderança Situacional⁽¹⁶⁾ e um fez uso das Teorias Comportamentais⁽¹⁷⁾.

Salienta-se que o Grid Gerencial consiste em uma teoria comportamental criada por Blake e Mouton, pesquisadores da Ohio State University⁽¹⁵⁾. Diante desse modelo, cada gerente pode ter uma orientação maior ou menor voltada para três aspectos: obtenção de resultados, pessoas e poder. Frente ao exposto, apresentam-se os escores que compõem o Grid Gerencial: (9,1) o gerente tem como objetivo maximizar a produção por meio do exercício do poder e da autoridade; (1,9) busca promover boas relações entre colegas e subordinados; (1,1) realiza o necessário para permanecer na organização; (5,5) sua intenção é chegar apenas até o meio do caminho, o que resulta na conformidade com a realidade; (9,9) a orientação para a produção se agrega à orientação para as pessoas. Esse último estilo pode ser compreendido como gerência em equipe, no qual o gerente procura, além de orientar para as metas, alcançar resultados excelentes e em grande quantidade através de participação, comprometimento e resolução dos conflitos⁽¹⁵⁾. Quanto à utilização do Grid, alguns pesquisadores investigaram sua utilização para desvelar os estilos dominantes dentre os enfermeiros no cotidiano hospitalar. Os estudos destacaram que o enfermeiro almeja adotar o estilo Grid 9,9, sendo o gerenciamento da equipe permeado por um processo comunicacional aberto, o qual permita compreensão mútua, satisfação, consenso, criatividade e inovações no ambiente trabalho^(14,18-19). Baseando-se nos resultados encontrados, destaca-se, ainda, que o comportamento do líder reflete no desempenho da equipe, visto que seus integrantes se espelham no modelo que acreditam ou percebem como necessário para a execução de suas práticas de atendimento aos usuários dos serviços de saúde. Ao analisar o comportamento do grupo, torna-se

possível inferir o estilo de liderança exercido pelo enfermeiro-líder em virtude do cotidiano de trabalho da Enfermagem, o qual determina o momento certo do líder aderir a comportamentos e atitudes diversas, objetivando envolver e comprometer seus colaboradores⁽⁶⁾. Nessa perspectiva, observa-se a valorização dos processos comunicacionais no exercício da liderança, sendo esse apontado como aspecto preponderante para a construção de boas relações interpessoais no trabalho.

A Teoria da Liderança Situacional de Hersey e Blanchard tem como foco a inter-relação entre a quantidade de orientação e direção, também denominado de comportamento de tarefa; a quantidade de apoio sócio-emocional ou comportamento de relacionamento disponibilizado pelo líder e o nível de maturidade dos liderados no desempenho de uma atividade^(6,9). Este modelo foi desenvolvido a fim de auxiliar as pessoas a tornarem-se líderes, independente do papel ou cargo, pois oferece maior compreensão da relação entre um estilo de liderança eficaz e o nível de maturidade dos liderados.

Autores definem a maturidade como a capacidade e a disposição dos indivíduos de assumir a responsabilidade de seu próprio comportamento. Já a liderança representa o processo de influenciar as atividades de indivíduos ou grupos, no esforço de alcançar os objetivos estabelecidos em uma determinada situação. Na Liderança Situacional, inexistente uma única maneira de exercer influência, porque dependerá do nível de maturidade dos integrantes do grupo que o líder deseja influenciar⁽¹⁰⁾. Um estudo ressalta que a escolha do modelo de liderança a ser adotado dependerá da equipe de trabalho. Desta forma, o comportamento dos integrantes do grupo indicará as ações pertinentes e neste processo destaca-se a relevância da interação entre enfermeiro e equipe, bem como a forma como tais relacionamentos interpessoais são estabelecidos entre os atores envolvidos⁽²⁰⁾. No que concerne à aplicação desta teoria, cabe informar que uma pesquisa realizada em uma unidade de emergência teve por objetivo identificar a correspondência de opinião entre o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem em relação ao estilo de liderança exercido pelo enfermeiro e o estilo que este profissional deveria adotar em relação ao nível de maturidade do liderado frente às atividades assistenciais desenvolvidas. Os resultados demonstraram que o estilo mais exercido pelos enfermeiros foi o E3 (compartilhar) e que estes deveriam adotar em relação ao nível de maturidade do pessoal auxiliar, o estilo E4 (delegar), sugerindo que os liderados apresentam nível de maturidade alto (M4)⁽²¹⁾. Resultado semelhante foi obtido em uma investigação desenvolvida em centros cirúrgicos, na qual também houve o predomínio do estilo E3 entre os enfermeiros participantes. Salienta-se que no estilo de liderança E3, o enfermeiro encoraja sua equipe na tomada de decisões. Sendo assim, a comunicação do líder neste estilo é bilateral, ou seja, o enfermeiro incentiva e apóia os membros da equipe no desenvolvimento da atividade necessária⁽²²⁾.

Também foi utilizado Sistema 4 de Likert que interfere na formação de grupos de trabalho, colaborando para o estabelecimento de laços de confiança e lealdade entre os membros da equipe e supervisores. Nesse modelo, consideram-se relevantes habilidades no relacionamento interpessoal e na solução de problemas. Desta forma, estimula-se a participação efetiva do grupo na determinação dos objetivos organizacionais, o que o torna altamente motivado para alcançá-los. O processo de comunicação é eficiente e efetivo, existindo um fluxo recíproco das informações e observa-se uma liderança competente tecnicamente capaz de atingir altos níveis de desempenho⁽¹⁷⁾. Identificou-se que a comunicação representa uma estratégia que facilita o desempenho do enfermeiro-líder, estando presente em boa parte dos estudos selecionados^(10,14,20,23-24). Por reconhecer os benefícios de tal habilidade, propõe-se uma nova maneira de pensar a liderança na enfermagem através da utilização do diálogo, que consiste num fenômeno humano que não pode ser reduzido ao simples depósito de ideias de um sujeito no outro, por se tratar do encontro entre os homens para problematizar situações com o objetivo de transformar a realidade⁽²⁵⁾. Emerge, então, a liderança dialógica enquanto capacidade do líder de influenciar seus colaboradores a atuarem de forma crítica e reflexiva sobre sua práxis, mediante o estabelecimento de um processo comunicacional eficiente, podendo contribuir para fomentação de mudanças nos microespaços e macroespaços de atuação da equipe de enfermagem, bem como estimular a autonomia, coresponsabilização e valorização dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde⁽²⁶⁾.

Outro estudo ressalta a liderança como uma estratégia para favorecer a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem, estimulando o enfermeiro na busca de conhecimento científico, seja por meio do desenvolvimento de pesquisas ou da utilização e aplicação dos resultados obtidos durante o exercício profissional. Através dessa abordagem, o enfermeiro pode tornar-se um agente de mudanças, incorporando no cotidiano de sua prática inovações ao integrar e articular as evidências provenientes do conhecimento científico ao cuidado humano e ético disponibilizado pela enfermagem⁽²⁷⁾.

Após a análise das Teorias utilizadas, identifica-se que as pesquisas realizadas na enfermagem estão pouco embasadas nas Teorias da Liderança, pois dos 57 estudos apenas 12 (21,05%) utilizaram-nas como referencial. Percebe-se que esse déficit na fundamentação teórica dos enfermeiros quanto à liderança pode estar diretamente relacionado à pouca instrumentalização desse profissional para exercê-la no seu ambiente de trabalho e também pela pouca valorização da mesma na formação desses profissionais. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo desenvolvido com enfermeiras assistenciais que trabalhavam em um hospital filantrópico na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul⁽¹⁷⁾.

Salienta-se que o preparo do enfermeiro-líder consiste em uma condição primordial para que esse profissional aposte em mudanças em seu ambiente de trabalho, com vistas a melhorias na qualidade da assistência, conciliando os objetivos organizacionais com as necessidades da equipe de enfermagem. Perante o exposto, identifica-se a necessidade do enfermeiro de adotar um referencial que norteie suas práticas profissionais, com o intuito de potencializar o cuidado e seu planejamento, bem como os resultados esperados.

CONCLUSÃO

Mediante a análise dos estudos, observa-se um grande volume de publicações, predominando os artigos originais, do tipo descritivo, além de diversas técnicas de coletas dos dados abordando a liderança no contexto da enfermagem. Entretanto, ainda são escassas as publicações sobre o tema na base LILACS. Evidenciou-se que as produções foram eminentemente brasileiras, sendo essa uma temática pouco pesquisada fora do território nacional.

O ambiente hospitalar foi o local do estudo prevalente e acredita-se que esse resultado possa estar associado à preocupação dos pesquisadores quanto às dificuldades encontradas por alguns enfermeiros em exercer a liderança nesse cenário.

Mesmo com o destaque atribuído ao conceito de liderança pelas Novas Diretrizes Curriculares enquanto competência profissional do enfermeiro, percebe-se com o desenvolvimento da pesquisa a escassa utilização de Teorias de Liderança nos estudos captados, o que pode contribuir para a pouca instrumentalização dos enfermeiros

no que concerne a aplicação da liderança nos serviços de saúde. Salienta-se que esta é uma ferramenta primordial para que estes profissionais possam desenvolver e assumir posições de líderes, com o intuito de qualificar o cuidado prestado aos indivíduos e coletividade, atender as necessidades sociais de saúde, bem como promover uma assistência humanizada.

Cada teoria apresenta potencialidades que podem conduzir no exercício da liderança. Possuem como aspecto convergente a busca de caminhos para dar conta das necessidades do mercado de trabalho atual, que requer cada vez mais sujeitos singulares, criativos e produtivos. Destaca-se o diálogo disposto como fio condutor das relações interpessoais no espaço laboral, principalmente nos serviços de saúde, tendo em vista o marcante contato com a finitude e a doença, as quais fragilizam o ser cuidado e o cuidador. Desta forma, a partir dos resultados encontrados nos estudos, acredita-se que a liderança poderá auxiliar na superação de condutas fragmentadas e engessadas vivenciadas nos distintos cenários da saúde, mediante a fomentação de novas propostas de atuação fundamentadas no diálogo e em práticas baseadas em evidências, o que tende a repercutir de forma positiva na qualidade do cuidado prestado.

Desperta-se também para a necessidade de adotar programas de desenvolvimento de líderes e projetos de educação permanente nos serviços de saúde, a fim de prepará-los para aplicar a liderança, com base no estabelecimento de um processo comunicacional eficiente, a fim de estimular a autonomia, a coresponsabilização e a valorização do líder e de seus colaboradores, com vistas ao atendimento das demandas de saúde da população.

REFERÊNCIAS

- Gaudêncio P. Super dicas para se tornar um verdadeiro líder. São Paulo: Saraiva; 2007.
- Simões ALA, Fávero N. Aprendizagem da liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. *Rev Latino Am Enferm.* 2000;8(3):91-6.
- Lourenço MR, Trevizan MA. Liderança situacional: análise de estilo de enfermeiros-líderes. *Acta Paul Enferm.* 2002;15(1):48-52.
- Santos I, Castro CB. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):734-42.
- Itto EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(4):570-5.
- Brasil. Ministério da Educação; Conselho Nacional de Educação; Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]. Brasília; 2001 [citado 2008 nov. 12]. Disponível em: http://prograd.ufvjm.edu.br/diretrizes-curriculares/doc_view/5--enfermagem.html
- Rodrigues FCP, Lima MADS. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. *Rev Gaúcha Enferm.* 2004;25(3):314-22.
- Gelbcke FL, Souza LA, Dal Sasso G, Nascimento E, Bub MBC. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(1):136-9.
- Amestoy SC, Cestari ME, Thofehrn MB, Milbrath VM. Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(5):673-8.

10. Amestoy SC. Liderança como instrumento no processo de trabalho da enfermagem [dissertação]. Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande; 2008.
11. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11.
12. Beyea SC, Nicoll ELH. Writing integrative review. *AORN J*. 1998;67(4):877-80.
13. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(3):508-14.
14. Ribeiro M, Santos SL, Meira TGBM. Refletindo sobre liderança em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2006;10(1):109-15.
15. Blake RR, Mouton JS. *Corporate excellence through: Grid organization development*. Houston: Gulf Publishing; 1968.
16. Hersey P, Blanchard K. *Management of organizational behavior: utilizing human resources*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1969.
17. Likert R, Likert JG. *Administração de conflitos: novas abordagens*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1979.
18. Trevisan MA, Mendes IAC, Hayashida M, Galvão CM, Cury SRR. Análise de expectativas sobre liderança do enfermeiro à luz das teorias Grid. *Rev Gaúcha Enferm*. 2001;22(1):20-9.
19. Marques MC, Melo MRAC. O Grid gerencial: uma análise descritiva na área da enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2004;8(2):275-8.
20. Balsanelli AP, Cunha ICKO. Liderança no contexto da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):177-22.
21. Wehbe G, Galvão MC. Aplicação da liderança situacional em enfermagem de emergência. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(1):33-8.
22. Silva MA, Galvão CM. Aplicação da liderança situacional na enfermagem de centro cirúrgico. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):104-12.
23. Santos KMA, Silva MJP. Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(2):97-108.
24. Galvão CM, Sawada NO, Castro AP, Corniani F. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no context hospitalar. *Rev Latino Am Enferm*. 2000;8(5):34-43.
25. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 47ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
26. Amestoy SC, Trindade LL, Waterkemper R, Heidman ITS, Boehs AE, Backes VMS. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(5):844-7.
27. Galvão CM, Sawada NO. A liderança como estratégia para implementação da prática baseada em evidências na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005;26(3):293-301.

4 METODOLOGIA

Apresenta-se o desenho metodológico do estudo, buscando-se caracterizar o tipo de pesquisa, sujeitos, cenário, coleta dos dados, bem como as questões éticas que permearam a pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa retrata uma abordagem qualitativa, na qual foi utilizado o estudo de caso como estratégia de investigação. Qualitativa, pois se preocupa em investigar uma realidade que não pode ser quantificada e aprofundar-se em um universo subjetivo envolto por significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes. Tais fenômenos constituem parte da realidade social, na qual o ser humano se distingue dos demais, não só por agir, mas por pensar sobre suas ações e interpretá-las dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2008).

Assim, procura-se conhecer a experiência dos sujeitos, as representações e os conceitos por eles elaborados existindo uma relação dinâmica entre a realidade e o seu mundo subjetivo (CHIZZOTTI, 2008). Considera-se a abordagem qualitativa como a mais adequada para atender os objetivos propostos.

Optou-se pela utilização do estudo de caso, pois é um método aplicado em situações que desejam estudar um fenômeno singular que possua valor em si mesmo. O interesse ocorre naquilo que ele tem de único, de particular, mesmo que posteriormente possam ficar evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Cartana, Souza, Reibnitz e Castillo (2008) ressaltam que o estudo de caso representa uma pesquisa que tem se revelado como uma excelente forma de estimular a reflexão frente a diversas situações.

Para Yin (2005) o estudo de caso é relevante, porque busca investigar um fenômeno atual dentro de sua realidade, especialmente quando os limites entre fenômenos e o contexto que não estão claramente definidos. Utiliza-se o mesmo quando se deseja abordar situações reais, acreditando que elas poderão ser pertinentes e contribuir para o entendimento do objeto de estudo. Além disso, representa a estratégia preferida quando se elabora questões do tipo “como” e “por

que”, quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os acontecimentos e, ainda, quando o foco se situa em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

O estudo de caso tem por finalidade retratar a realidade de forma completa e profunda. Deste modo, o pesquisador empenha esforços para revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação ou problema, focalizando-o em sua totalidade. Esse tipo de abordagem enfatiza a complexidade natural das situações, evidenciando a inter-relação dos seus componentes (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Trata-se de um estudo de caso múltiplo, no qual se busca compreender o exercício da liderança como competência profissional na prática desenvolvida pelo enfermeiro em hospitais gerais de Florianópolis (SC).

Quanto às estratégias utilizadas, afirma-se com base em Yin (2005), que os estudos de caso podem ser do tipo exploratório, descritivo ou explanatório. Diante disso, ao analisar a presente questão de pesquisa, conclui-se que se trata de um estudo descritivo, porque busca descrever os fatos, fenômenos e intervenções em determinada realidade, exigindo do pesquisador inúmeras informações sobre o objeto de estudo, a fim de esclarecer, representar e compreender uma situação problema.

O estudo foi desenvolvido em três fases, com base em Lüdke e André (1986): a primeira é a fase exploratória, na qual se delimitou as questões que foram abordadas, estabelecidos os contatos iniciais para inserção no campo, bem como o contato com informantes e fontes necessárias para o estudo. Na segunda fase buscou-se captar a realidade, os elementos-chave e os contornos do problema, possibilitando a pesquisadora iniciar a coleta das informações com variadas técnicas. Na terceira fase foi realizada a análise sistemática e a elaboração do relatório apresentado aos participantes.

4.2 APRESENTAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em três instituições hospitalares da grande Florianópolis, são elas: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago ligado à Universidade Federal de Santa Catarina, Imperial Hospital de Caridade e Hospital Governador Celso Ramos. Optou-se em realizar a pesquisa nestes locais por se tratarem de hospitais de destaque em termos de assistência à saúde na cidade de Florianópolis.

Além disso, pretendeu-se identificar a existência ou não de

dissonâncias na prática da liderança do enfermeiro, em virtude de possuírem administrações diferentes, ou seja, federal, filantrópico e estadual. E também, por possuírem diversidades quanto às instituições de ensino superior em que seus enfermeiros foram graduados.

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, trata-se de uma instituição de saúde federal que foi fundado em maio de 1980, disponibilizando a comunidade leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente, foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I, a Unidade de Terapia Intensiva Adulto e no ano de 1996, a Maternidade. Já o Atendimento prioritário de ambulatório materializou-se com o passar dos anos. A Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia foram implantadas em 1995, após longo período de preparação de Recursos Humanos, equipamentos e técnicas de intervenção buscando alcançar elevados índices de modernização técnica e humanização do atendimento. Também oferece atendimento de Emergência a adultos e crianças, em números crescentes e que atingem a média de 400 pacientes/dia. Atuando nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário, o hospital é referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades. (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC, 2010).

O estudo também foi realizado junto a alguns enfermeiros que trabalham no Imperial Hospital de Caridade. Essa instituição de saúde foi fundada no dia 01 de janeiro de 1789 tendo por objetivo assegurar a assistência médico e cirúrgica, hospitalar e ambulatorial. Na atualidade, para seu funcionamento o hospital conta com o trabalho de mais de 800 colaboradores e 237 leitos ativos. A Missão do Imperial Hospital de Caridade é: “Prestar serviços de Saúde de Qualidade, com profissionais qualificados e éticos, através da busca de novas tecnologias valorizando o cliente e respeitando o meio ambiente” (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, 2011). O Imperial Hospital de Caridade é habilitado para o serviço de alta complexidade em Cardiologia e para serviços de Radioterapia, tornando-se referência para muitas regiões do Estado de Santa Catarina. Desde janeiro de 2010, o hospital passou a integrar o Complexo Regulador de Florianópolis. Desta forma, todos os pacientes do SUS são agendados pelos Centros de Saúde, através do Sistema Nacional de Regulação, fazendo com que os pacientes tenham um acesso organizado, além disso, permite agilizar, o atendimento, priorizando-o conforme a necessidade do usuário, após avaliação

médica (GELLER, 2011).

A construção do Hospital Governador Celso Ramos teve início em 1962 e foi inaugurado no dia 06 de novembro de 1966. O mesmo presta atendimento de emergência, ambulatorial e internação. Desde sua criação, disponibilizou cuidados a mais de 185 mil pessoas e o número de atendimentos de emergência chega aos 300 ao dia e 538 internações mensais. Hoje esse hospital geral para adultos, consiste num Centro de Referência Estadual, que oferece assistência a todas as especialidades médicas, o qual presta relevantes serviços à população, especialmente aos usuários do SUS (HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, 2010).

Salienta-se que as instituições hospitalares são consideradas organizações complexas que investem no avanço tecnológico em saúde e na capacidade de atender à emergência dos problemas de saúde que afetam a sociedade (SILVA; ERDMANN; CARDOSO, 2008). Tais locais absorvem grande parte dos profissionais da saúde e disponibilizam empregos para diversos trabalhadores que atuam na administração, higienização, manutenção entre outras áreas que se fazem necessárias (MATOS; PIRES, 2006).

Contudo, a situação da saúde no país permite detectar várias dificuldades no processo de trabalho da enfermagem, no âmbito hospitalar, entre elas: baixas remunerações, insuficiência de recursos humanos e materiais, e escassas oportunidades de crescimento profissional (CASATE; CORREA, 2005). Conforme Pires (2008) a enfermagem é uma profissão exposta a organizações autoritárias, hierárquicas, sujeitas a um processo de trabalho rotineiro, compartimentalizado, fragmentado e alienante, o que pode interferir diretamente na liderança da equipe e no gerenciamento do cuidado. Diante dessa realidade, optou-se por desenvolver o estudo com enfermeiros que trabalham nessas instituições, a fim de desvelar questões relacionadas com a liderança.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram do estudo, 25 enfermeiros que possuíam interesse em discutir e refletir sobre liderança na enfermagem. Dentre os participantes, 10 trabalham no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, 10 no Imperial Hospital de Caridade e cinco no Hospital Governador Celso Ramos. Cabe informar que o número total de

sujeitos, representa o número de pessoas que preencheram os critérios de inclusão.

Em pesquisas qualitativas o universo a ser explorado não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes. Por isso, seria impossível estabelecer o tamanho da amostra que seria representativa dessa totalidade (DESLANDES, 2008).

Baseando-se em Deslandes (2008) a definição do número de sujeitos ocorreu por inclusão progressiva, desta forma, não foi demarcado *a priori* o número de participantes, o qual foi interrompido pelo critério de saturação, isto é, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter regularidade de apresentação (DESLANDES, 2008).

4.4 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Convidou-se para participar do estudo, enfermeiros que exercem sua prática no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, no Imperial Hospital de Caridade e no Hospital Governador Celso Ramos, os quais possuíam até seis anos de formação. Escolheu-se este período, a fim de contemplar enfermeiros formados segundo as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais, que considera o estudo do desenvolvimento de competências.

Para integrar o estudo, tais sujeitos concordaram em participar da pesquisa, permitiram a gravação das entrevistas e das oficinas dialógicas durante a coleta dos dados, a realização da observação, bem como autorizaram a divulgação dos dados analisados nos meios científicos.

4.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Os preceitos éticos foram baseados na Resolução 196/96 e na Portaria N° 2048, cap. VII de 03 de setembro de 2009 do Ministério da Saúde, que dizem respeito a pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2009).

Também se atendeu ao Capítulo III do Código de Ética dos

Profissionais de Enfermagem¹ embasado na Resolução do COFEN 311/2007 que diz respeito a proibições e deveres. Os Artigos 89, 90, 91 referem-se aos deveres e os Artigos 94, 96 e 98 às proibições.

Conforme determinado na Resolução 196/96 solicitou-se aos sujeitos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), a pesquisadora garantiu aos participantes o anonimato, o sigilo, o direito de desistir do estudo a qualquer momento, bem como o livre acesso aos dados quando de seu interesse.

Os dados foram armazenados em uma pasta exclusiva, sob a responsabilidade da pesquisadora e serão guardados num tempo máximo de cinco anos, a fim de comprová-los.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Primeiramente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina com o objetivo de obter a autorização para a sua realização. Depois de aprovado sob o Processo de nº 658/10 (Anexo A e B), o projeto foi encaminhando para ciência do provedor e chefia de enfermagem do Imperial Hospital de Caridade (Anexo C) e para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos (Anexo D), o qual também obteve autorização para ser realizado, sob o protocolo 2010/11.

Após receber o parecer favorável das instituições, a fim de identificar os sujeitos que possuíssem até seis anos de formação, a pesquisadora entrou em contato com as chefias de enfermagem do Imperial Hospital de Caridade e do Hospital Governador Celso Ramos. No Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago foram as próprias enfermeiras que indicaram os sujeitos que poderiam preencher os critérios para participar do estudo.

¹ Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - Cap. III (dos Deveres): Art. 89 Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo especificidade da investigação; Art. 90 Interrromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91 Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Cap. III (das Proibições): Art. 94 Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 96 Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade; Art. 98 Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

Após obter a relação dos enfermeiros que possuíam até seis anos de formação, foi estabelecido contato com os mesmos, os quais foram convidados a participar do estudo. Cabe informar que no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, além das 10 participantes, trabalhavam mais quatro enfermeiras recém admitidas na unidade de emergência, no entanto, elas acabaram não participando em virtude de dificuldade de realizar a coleta dos dados, devido a falta de horário.

Durante o desenvolvimento de um estudo de caso é imprescindível analisar quatro condições, para que o mesmo possa ser considerado estudo determinante do conhecimento, sendo elas: validade do constructo, validade interna, validade externa e confiabilidade (YIN, 2005). Na pesquisa em questão, os procedimentos foram utilizados, com a intenção de obter a qualidade do estudo fundamentam-se na validade do constructo e confiabilidade. A primeira refere-se ao estabelecimento de medidas operacionais corretas para os conceitos que compõem o estudo. Uma forma de ampliar a validade do constructo é através da adoção de várias fontes de evidências, o estabelecimento de um encadeamento das evidências e, ainda, a solicitação da leitura do relatório por informantes-chaves. Já a confiabilidade, tem por objetivo minimizar os erros e vieses por meio da demonstração que as operações de um estudo podem ser repetidas apresentando os mesmos resultados (YIN, 2005).

A fim de aumentar a confiabilidade do estudo, a pesquisadora construiu um protocolo (Apêndice B), o qual se destina a orientá-la ao realizar a coleta dos dados, devendo oferecer uma visão geral do projeto, os procedimentos de campo, questões do estudo de caso e o guia para relatório do estudo de caso (YIN, 2005).

No estudo de caso, os dados podem ser obtidos através de várias fontes de evidências, entre elas documentos, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos (YIN, 2005). Optou-se, pela utilização de entrevistas semi-estruturadas, observação não-participante e oficinas dialógicas para a coleta dos dados.

Preferiu-se utilizar a triangulação de métodos para coleta dos dados a fim de contribuir para aumentar o conhecimento sobre o assunto e atender aos objetivos que se deseja alcançar (MINAYO et al., 2005). A técnica de triangulação tem a intenção de abranger a máxima amplitude no que se refere à descrição, explicação e compreensão do objeto estudado, sendo impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, isto é, sem a influência dos aspectos históricos,

culturais e sociais (TRIVIÑOS, 2008).

A coleta dos dados iniciou-se em 31 de maio de 2010 com término no dia 02 de dezembro de 2010. Primeiro realizou-se as entrevistas e após as observações no Hospital Governador Celso Ramos, Imperial Hospital de Caridade e por último no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Depois de concluída essa etapa, a pesquisadora convidou as participantes para participar das oficinas dialógicas, sendo realizada uma em cada hospital, encerrando assim a coleta de dados.

A entrevista semi-estruturada constitui-se em uma técnica que retrata um dos principais meios de que o pesquisador disponibiliza para realizar a coleta dos dados. Em geral, iniciam-se pela elaboração de questionamentos, apoiados em teorias e hipóteses, as quais interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão brotando à medida que são obtidas as respostas do informante (TRIVIÑOS, 2008).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no próprio local de estudo, de forma individual, com data e hora pré-estabelecida, conforme contato prévio com os participantes. Utilizou-se um roteiro (Apêndice C) para nortear a coleta. As entrevistas foram gravadas e transcritas logo após seu término. Os depoimentos de cada sujeito foram identificados pelas letras E de entrevista e o número ordinal correspondente a sua realização com os enfermeiros (E1, E2... E25).

A observação não-participante correspondeu à segunda técnica de coleta dos dados. Também intitulada de observação simples, é aquela em que o pesquisador permanece alheio à comunidade, grupo ou situação a ser estudada, observando de maneira espontânea os fatos ocorridos, como um espectador. Os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação, reduzindo a subjetividade, que permeia todo o processo de investigação social. Já o registro da observação é realizado no momento em que esta ocorre e pode assumir diferentes formas, a mais frequente, consiste na tomada de notas por escrito ou na gravação de sons ou imagens (GIL, 2008). As relações interpessoais, estilos de liderança, relações de poder, atividades assistências, gerenciais, educacionais e de pesquisa foram observadas pela pesquisadora, fazendo parte do roteiro da observação (Apêndice D).

Observou-se, em média quatro horas, a rotina de trabalho de cada participante, totalizando 100 horas de observação. As observações foram identificadas pela letra O de observação, seguidas do número ordinal correspondente a cada enfermeiro (O1, O2...O25).

Após a técnica de observação não participante realizou-se

encontros com os sujeitos, os quais foram denominados de oficinas dialógicas. Chamavam-se assim, pois buscavam servir de espaço para o estabelecimento de um processo comunicacional autêntico, onde todos os participantes pudessem dizer a sua palavra, sem medo ou receio. As mesmas tiveram como objetivo estimular a reflexão e promover a discussão sobre a liderança, bem como proporcionar o debate coletivo sobre a formação de enfermeiros-líderes e o desenvolvimento permanente do enfermeiro nas instituições hospitalares.

Foram realizadas três oficinas, uma em cada hospital, para que os participantes pudessem construir e reconstruir coletivamente seu olhar crítico sobre a liderança. O local para a realização dos mesmos foi escolhido mediante consenso dos enfermeiros, todavia, foi um lugar idealmente neutro, acessível, não movimentado e silencioso (IERVOLINO; PELICIONI, 2001). As oficinas dialógicas foram gravadas em áudio para registrar os depoimentos emergidos e os depoimentos advindos das oficinas dialógicas foram identificados com as letras OD, mais o número ordinal representando cada enfermeiro (OD1, OD2...OD25).

A primeira oficina dialógica ocorreu no Hospital Imperial de Caridade, no dia 04 de novembro de 2010, e contou com a participação de cinco enfermeiros (OD9, OD10, OD11, OD12 e OD13). No dia 26 de novembro de 2010, no Hospital Governador Celso Ramos, participando duas enfermeiras (OD2 e OD5) e por fim, no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, no qual participaram seis pessoas (OD16, OD18, OD20, OD21, OD24 e OD 25). Enfatiza-se que os enfermeiros participaram das oficinas realizadas no hospital em que trabalham, não foi possível realizar uma oficina contando com a participação de todos os sujeitos do estudo em um mesmo local, mediante dificuldades encontradas para reuni-los.

Todas as oficinas seguiram a mesma dinâmica. Primeiramente, o grupo foi instigado a pensar sobre “o que é liderança?”. Formaram-se duplas, com o intuito de realizar uma pequena discussão, após as duplas expuseram ao grupo os significados que atribuíram à liderança. Foram disponibilizados materiais como canetas coloridas, folhas brancas, lápis de cor para as participantes, caso desejassem utilizá-los, a fim de ilustrar a atividade proposta.

Depois, a pesquisadora apresentou um vídeo que abordava a importância da liderança e da motivação no ambiente de trabalho, a fim de desconstruir o grupo e relacionar algumas questões do vídeo com a prática dos enfermeiros.

Durante as oficinas dialógicas, também se realizou uma dinâmica envolvendo a leitura aleatória de frases escolhidas previamente pela pesquisadora, que possuísem ligação com a temática liderança. Cada participante escolheu um envelope colorido contendo uma frase, após faziam a leitura individual e eram destinados cinco minutos para reflexão, depois se realizou a leitura da frase para o grupo, a apresentação da reflexão de cada participante e por fim, a colaboração do grupo com suas reflexões. Cada oficina dialógica durou em média 1 hora e 30 minutos.

Convém informar que a pesquisadora exerceu o papel de moderadora. Para Gatti (2005) cabe ao moderador realizar intervenções que estimulem as trocas, procurando atender os objetivos de trabalho, estimular as discussões, criando condições para que o grupo explicitasse seus pontos de vista e analise criticamente sua realidade.

Baseando-se em Lüdke e André (1986), durante a realização de um estudo de caso, torna-se necessário, na fase exploratória, a análise sistemática do material e realização de um relatório. Isso se deve a importância de unir a informação, analisá-la e torná-la disponível aos participantes para que manifestem suas reações sobre a relevância do material obtido. Conforme os autores, este relatório pode ser apresentado aos participantes por escrito ou constituir-se em apresentações visuais ou auditivas, com o objetivo de captar as reações sobre a validade do material que foi coletado.

O relatório foi construído em forma de pôster e apresentado aos participantes durante as oficinas dialógicas. Nele constavam os temas mais abordados durante as entrevistas e observações, tais como: formação para liderança, educação em saúde, atividades burocráticas, autoridade x autoritarismo, diálogo, papel do enfermeiro e sobrecarga de trabalho. Após a leitura das frases pela pesquisadora, foi solicitada a participação do grupo, a fim de aprofundar os temas e validar ou não as informações destacadas. Assim, cada participante pode expor sua opinião referente aos temas e, além disso, o grupo conseguiu realizar um debate ativo, e por fim, aceitou e validou as informações apresentadas.

É essencial destacar que os dados obtidos no estudo de caso são válidos só para o caso que está sendo investigado, por isso não se pode generalizar o resultado alcançado, porém, neste ponto, situa-se o grande valor em utilizá-lo, ou seja, fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada, no qual os resultados possam permitir a formulação de novas hipóteses para a construção de outras pesquisas (TRIVIÑOS, 2008).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Conforme Cartana et al. (2008) a análise dos dados no estudo de caso tem por objetivo apresentar os elementos relevantes que estão inseridos em uma situação real. Inicialmente, foi realizada a comparação entre os dados provenientes das diferentes fontes de coleta, em busca de informações repetidas, as que foram confirmadas e as que não foram. Na sequência, identificaram-se os temas ou categorias mais relevantes, de maneira a facilitar a compreensão do caso em seus diversos aspectos.

Com o intuito de analisar os dados emergidos durante as entrevistas, observação não-participante e oficinas dialógicas foi utilizada a proposta operativa de Minayo (2010), que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro inclui as determinações fundamentais do estudo, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. E o segundo momento denomina-se de interpretativo, pois consiste no ponto de partida e no ponto de chegada de qualquer investigação, representando o encontro com os fatos empíricos. A fase interpretativa apresenta duas etapas: a ordenação dos dados e a classificação dos dados, esta última inclui a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e a construção do relatório com a apresentação dos resultados.

A fase interpretativa apresenta duas etapas, a saber:

Ordenação dos dados: Consiste na etapa que engloba a transcrição do material obtido por meio das técnicas de coleta dos dados, descritas na metodologia item 4,6; releitura do material, organização dos relatos em determinada ordem, o que já supõe um início de classificação.

Classificação dos dados: constituída pelas seguintes etapas:

- **Leitura horizontal e exaustiva dos textos:** Consiste no primeiro contato entre a pesquisadora e o material de campo, por meio de leituras flutuantes, as quais permitem apreender as estruturas de relevância e as ideias centrais.

- **Leitura transversal:** nesta etapa foram separados os dados por “unidades de sentido/temas”, estabelecendo relações entre as mesmas. No processo classificatório, o pesquisador separa temas, categorias ou unidades de sentido, juntando as partes semelhantes, buscando perceber as conexões entre elas, e guardando-as em códigos. Emergiram no estudo três temas: Formação do enfermeiro-líder; Exercício da liderança na prática profissional e Estratégias que facilitam o exercício da

liderança. Após a agrupação dos códigos destacaram-se quatro categoriais centrais, sendo elas: Processo de ensino-aprendizagem da liderança; Ascensão profissional; Gerenciamento de conflitos e Liderança dialógica.

Análise final: nesta etapa foram confrontados os dados obtidos com o referencial teórico adotado no estudo, tornando-se possível a compreensão do exercício da liderança como competência profissional na prática desenvolvida pelo enfermeiro no âmbito hospitalar.

Relatório: apresentação dos resultados desta pesquisa está em forma de manuscritos conforme normas do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem.

Na sequência, estão dispostas as categorias e subcategorias emergidas na análise dos dados, a fim de promover uma visão geral dos resultados obtidos (Quadro 1).

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Formação do enfermeiro-líder	- Processo de ensino-aprendizagem da liderança.	- Características do processo ensino aprendizagem da liderança; - Estratégias que auxiliam na formação de enfermeiros-líderes.
Exercício da liderança na prática profissional	- Ascensão profissional. - Gerenciamento de conflitos.	- Ser enfermeiro; - Liderança na enfermagem. - Gerenciamento de conflitos interpessoais; -Estratégias para o enfrentamento de conflitos interpessoais.
Estratégias que facilitam o exercício da liderança	- Liderança dialógica.	- Estratégias utilizadas pelos enfermeiros que facilitam a inserção da liderança dialógica no ambiente hospitalar.

Quadro 1: Temas, Categorias e Subcategorias Emergidas na Análise dos Dados

Após o estabelecimento dos temas, categorias e subcategorias, deu-se início a construção de quatro manuscritos oriundos dos dados da pesquisa de campo, lembrando que o primeiro manuscrito consiste em

uma revisão bibliográfica.

MANUSCRITO 2: Percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança.

MANUSCRITO 3: Desafios vivenciados na prática da liderança por enfermeiros que foram técnicos de enfermagem.

MANUSCRITO 4: Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar.

MANUSCRITO 5: Liderança dialógica: estratégias para sua utilização no ambiente hospitalar.

5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Este capítulo apresenta a caracterização do perfil dos enfermeiros que participaram do estudo, bem como os temas, categorias e subcategorias emergidas do processo de codificação.

5.1 PERFIL DOS SUJEITOS

Apresenta-se o perfil dos enfermeiros que participaram do estudo, os quais exercem sua prática em instituições hospitalares (Quadro 2).

	HOSPITAL CELSO RAMOS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	HOSPITAL IMPERIAL DE CARIDADE	TOTAL
Identificação	5 participantes	10 participantes	10 participantes	25 participantes
Idade	33 a 25 anos	35 a 23 anos	36 a 22 anos	36 a 22 anos
Sexo	Todas do sexo feminino	Todas do sexo feminino	1 do sexo masculino e 9 do sexo feminino	24 do sexo feminino 1 do sexo masculino
Formação Profissional	Realizando especialização: 3 Especialistas: 1 Mestranda: 1	Graduação: 5 Realizando especialização: 1 Especialista: 2 Mestranda: 2	Graduação: 6 Realizando especialização: 4	Graduação: 11 Realizando especialização: 8 Especialistas: 3 Mestrandas: 3
Instituição de Ensino Superior	UFSC: 3 UNIVALI: 2	USFC: 6 UNIVALI: 1 UNISUL: 3	UNIVALI: 7 UNISUL: 1 FAG: 1 URI: 1	UFSC: 9 UNIVALI: 10 UNISUL: 4 FAG: 1 URI: 1
Tempo de Formação	Variou de 5 anos e 6 meses a 1 ano e 9 meses	Variou de 6 anos a 7 meses	Variou de 3 anos a 10 meses	Variou de 6 anos a 7 meses
Tempo de Trabalho na Instituição Atual	Variou de 1 ano e 6 meses a 2 meses	Variou de 17 anos a 2 meses	Variou de 12 anos a 4 meses	Variou de 17 anos a 2 meses

Eram técnicos de Enfermagem	Nenhum	4 participantes	5 participantes	9 participantes
Setor	Ortopedia: 3 Emergência: 1 Clínica Cirúrgica: 1	Clínica Médica: 9 Pediatria: 1	Unidades de Internação Médica e/ou Cirúrgica: 10	Ortopedia: 3 Pediatria: 1 Emergência: 1 Médica e/ou cirúrgica: 20

Quadro 2: Perfil dos participantes do estudo

Ao analisar o perfil dos 25 enfermeiros que participaram do estudo, convém informar que o tempo de formação variou entre sete meses a seis anos, 23 foram graduados em três diferentes instituições de ensino superior de Santa Catarina, um formou-se em uma universidade no Rio Grande do Sul e outro no Paraná. Sobre o tempo de trabalho na instituição, o mesmo variou de 17 anos a dois meses, visto que alguns profissionais eram técnicos de enfermagem.

Predominou o sexo feminino, sendo 24 enfermeiras. De acordo com Lopes e Leal (2005) a ação de cuidar ainda consiste em uma atividade implícita na identidade feminina que transcende o espaço do trabalho, pois só as mulheres aprendem a cuidar e são principalmente os cuidados de manutenção da vida que corroboram para esta justificativa. As mulheres constroem, conseqüentemente, um saber-fazer em que se esforçam para valorizar, amar e defender ao longo de suas vidas.

Ao realizarem uma revisão integrativa sobre a identidade da profissional enfermeira, Bellaguarda, Silveira, Mesquita e Ramos (2011) mencionam que a partir dos artigos pesquisados tornou-se possível identificar alguns resultados expressivos e que definem, de certo modo, a identidade profissional da enfermeira, emergindo a questão do gênero como um aspecto que influencia a valorização profissional e ademais, vem se construindo, no decorrer do tempo, um imaginário social muito feminino desse profissional. As autoras ainda mencionam frente a questão de gênero que todo indivíduo manifesta características de masculinidade e da feminilidade e que em cada ser humano existe espaço para uma combinação específica. Portanto, aquilo previamente determinado como masculino e feminino seria patrimônio de qualquer pessoa, independentemente de seu sexo.

No que tange o aprimoramento profissional, 11 possuem graduação em enfermagem, oito estão cursando especialização, três já são especialistas e três concluíram o curso de mestrado em enfermagem.

Dentre os participantes nove possuíam o curso técnico de enfermagem. Conforme, os desafios e perspectivas elencadas para a enfermagem nos próximos anos, enfatiza-se que a graduação se tornará, cada vez mais, um caminho de ascensão social e profissional para os integrantes da equipe de enfermagem. De maneira geral, auxiliares e técnicos de enfermagem ingressam nos inúmeros cursos de graduação disponibilizados por instituições particulares. Em contra partida, as instituições de ensino públicas, além de formar seu contingente, devem oferecer cursos de especialização aos egressos oriundos das escolas particulares (VIANNA, 2011).

Com base em Erdmann, Fernandes e Teixeira (2011) destaca-se que a educação em enfermagem é edificada conforme as fragilidades e possibilidades de seu espaço histórico-cultural, o qual não é estático e, por isso, está sujeito a constantes mudanças. Portanto, compreende-se a educação em enfermagem como produto resultante de uma multiplicidade de processos sociais oriundos, historicamente, da prática da categoria e dos conjuntos sociais onde essa prática se realiza, transformando-se de modo dinâmico e adequando-se à evolução da sociedade, segundo exigências da categoria e do setor de saúde. Neste sentido, a educação em enfermagem tem sido visualizada como algo não idealizado, mas sim como elemento e como produto do processo de construção da enfermagem.

A graduação em enfermagem ampliou-se no que se refere ao número de cursos, de acadêmicos e docentes, porém não se identifica esforços contínuos para um adequado planejamento deste crescimento, nem tampouco uma política com o objetivo de melhorar a academia no que concerne à articulação da tríade ensino/pesquisa/extensão. Em contra partida, a pós-graduação cresceu de maneira mais planejada e orientada, por meio de planos nacionais de pós-graduação bem definidos para sua expansão e contou ainda com fomento de órgãos nacionais e internacionais, os quais investiram em seu fortalecimento (ERDMANN; FERNANDES; TEIXEIRA, 2011).

Ao verificar as unidades, nas quais atuavam os participantes, destaca-se que 20 trabalhavam em unidades de internação médica e/ou cirúrgica, três no setor de ortopedia, um na pediatria e um na emergência. As unidades de internação constituem em espaços nos quais os profissionais têm contato direto com uma grande demanda de pacientes e de familiares, exigindo que os mesmos dominem além do conhecimento técnico-científico, habilidades comunicacionais, de gerenciamento e liderança.

Cabe destacar que os 10 enfermeiros do Hospital Imperial de Caridade, trabalham no regime CLT, com carga horária de 40 horas semanais, durante oito horas diárias. Tanto nos Hospitais Polydoro Ernani de São Thiago/HU e no Hospital Governador Celso Ramos o regime é estatutário, sendo que no primeiro os enfermeiros trabalham 40 horas e no segundo 30 horas semanais. Dentre os participantes do estudo, três possuíam outros vínculos empregatícios, sendo um do Hospital Imperial de Caridade e os outros dois do Hospital Governador Celso Ramos. Os participantes do Hospital Universitário não mantinham outros vínculos empregatícios.

5.2 MANUSCRITOS ORIUNDOS DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

5.2.1 Manuscrito 2: Percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DA LIDERANÇA²

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança. A pesquisa retrata uma abordagem qualitativa do tipo descritiva, na qual foi usado o estudo de caso como estratégia de investigação. Participaram do estudo 25 enfermeiros que trabalham em três hospitais da cidade de Florianópolis, Santa Catarina. As informações foram obtidas de maio a dezembro de 2010. Para coleta dos dados realizou-se entrevistas semi-estruturadas. Os dados foram analisados por meio da proposta operativa de Minayo. Os principais resultados demonstram que as práticas pedagógicas adotadas pelos docentes se aproximam das características da educação bancária, mencionada por Paulo Freire. A adesão ao ensino transversal da liderança e a educação permanente constituem-se nas estratégias que facilitam a formação de enfermeiros-líderes. Torna-se relevante repensar

² Após apreciação da banca examinadora, pretende-se estruturar e encaminhar este manuscrito para a Revista Texto&Contexto Enfermagem.

o processo de ensino-aprendizagem da liderança, a fim de contribuir para o desenvolvimento desta competência profissional.

DESCRITORES: Enfermagem; Liderança; Educação em enfermagem

PERCEPTION OF NURSES ON THE TEACHING LEARNING PROCESS OF LEADERSHIP

ABSTRACT

This study objective is to know the perception of nurses on the teaching learning leadership. The results reflect the descriptive qualitative type approach, which was used in the case study as a research strategy of investigation. 25 nurses that work in three hospital of the city of Florianópolis, Santa Catarina participated in the study. The information where obtained from May to December of 2010. Collection of data was realized through the semi-structured interviews. Data were analyzed using the Minayo operative proposal. The principal result demonstrates that pedagogical approach adopted by teachers of the characteristics of banking education proposed by Paulo Freire. Adherence to curricular theme of leadership and continue education are on the strategies that facilitate the training of nursing leaders. It is important to rethink the process of teaching and learning of leadership in order to contribute to the development of professional competence.

DESCRIPTORS: Nursing; Leadership; Education and Nursing

PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DEL LIDERAZGO

Este estudio tiene como objetivo conocer la percepción de los enfermeros sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje del liderazgo. La investigación muestra un abordaje de calidad del tipo descriptiva, en la cual fue usado el estudio de caso como estrategia de investigación. Participaron del estudio 25 enfermeros que trabajan en tres hospitales de la ciudad de Florianópolis, Santa Catarina. Las informaciones fueron obtenidas de mayo a diciembre de 2010. Para La recolecta de los datos se realizaron entrevistas semi-estructuradas. Los datos fueron analizados por medio de la propuesta operativa de Minayo. Los principales resultados demuestran que las prácticas pedagógicas adoptadas por los docentes se aproximan de las características de la educación bancaria, propuesta por Paulo Freire. La adhesión a la enseñanza transversal del liderazgo y la educación permanente se constituyen en las estrategias

que facilitan la formación de enfermeros-líderes. Se hace relevante repensar el proceso de enseñanza-aprendizaje del liderazgo, a fin de contribuir para el desarrollo de esta cualificación profesional.

DESCRIPTORES: Enfermería; Liderazgo; Educación en Enfermería

INTRODUÇÃO

A liderança na enfermagem caracteriza-se como um fenômeno de influência grupal, no qual é imprescindível agregar esforços individuais, para atingir as metas compartilhadas pelo grupo (LOURENÇO; TREVIZAN, 2002; SANTOS; CASTRO, 2008). Neste sentido, o líder representa o elo de apoio para a equipe, tanto no que se refere à educação como a coordenação do serviço, pois tem a responsabilidade de estimular o desenvolvimento do potencial coletivo, o que irá interferir diretamente na qualidade da assistência (GELBCKE et al., 2009).

A formação de enfermeiros-líderes impera como uma grande preocupação dos docentes de enfermagem, já que no cenário atual necessita-se, cada vez mais, de profissionais competentes técnico-cientificamente e capazes de gerenciar o cuidado e a equipe de enfermagem, utilizando-se o diálogo, a ética e a humanização.

No ano de 2001 foram estabelecidas as novas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem baseadas em competências, que definem a formação de enfermeiros generalistas, humanos, críticos e reflexivos, capazes de aprender a aprender e que atendam as necessidades da população segundo os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disso, tornou-se responsabilidade do docente auxiliar o acadêmico no desenvolvimento das seguintes competências: atuar na atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento, educação permanente e liderança (BRASIL, 2001).

Ao abordar o processo de ensino-aprendizagem da liderança, salienta-se, a partir da perspectiva freireana, que o ato de aprender precedeu o ensinar, pois o ensinar encontra-se diluído na experiência profunda de aprender (FREIRE, 1996). Desta forma, percebe-se o aprender como uma ação mais ampla e profunda em relação ao ensinar, por isso necessita de esforço e empenho para ser alcançada durante o processo educativo.

A preparação do sujeito para aprender concentra-se num fazer crítico, independente se o engajamento se dá por meio da leitura de um

texto, o qual foi proposto pelo docente ou se parte do desejo e curiosidade do educando em realizar reflexão crítica sobre um acontecimento social ou natural (FREIRE, 2001). Mas, o que realmente importa é que este aprender esteja articulado com a realidade do aprendiz, partindo de seu cenário e valorizando seus conhecimentos empíricos, ou seja, seus saberes construídos além do ambiente acadêmico.

Inexiste ensinar sem aprender, não obstante, o ato de ensinar exige a existência de quem ensina e de quem aprende. Em virtude disso, não há docência sem discência, as duas se explicam e se complementam, apesar das diferenças que as permeiam, não se reduzem à condição de objetos, pois quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender (FREIRE, 2001).

A importância da formação de enfermeiros-líderes é inegável, já que a liderança é uma competência inerente a este profissional. No entanto, constata-se que os enfermeiros estão pouco instrumentalizados para exercer a liderança na prática (AMESTOY, 2010a). Esse fato despertou nas pesquisadoras o interesse em desvelar os motivos que levam os enfermeiros a possuírem dificuldades em liderar e os fatores que a potencializam, por esse motivo optou-se por investigar os enfermeiros em sua prática profissional.

Para tanto, construiu-se a seguinte questão norteadora: Qual a percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança?

Sendo assim, com o desenvolvimento deste estudo objetivou-se conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança.

METODOLOGIA

A pesquisa retrata uma abordagem qualitativa do tipo descritiva, na qual foi utilizado o estudo de caso como estratégia de investigação. Optou-se pela utilização do estudo de caso, pois é um método aplicado em situações que desejam estudar um fenômeno singular que possua valor em si mesmo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Participaram do estudo 25 enfermeiros que possuíram interesse em discutir e refletir sobre liderança na enfermagem. Dentre os participantes, 10 trabalham no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, 10 no Imperial Hospital de Caridade e cinco no Hospital Governador Celso Ramos. Os três hospitais gerais de grande porte

foram escolhidos por se tratarem de instituições de destaque em assistência à saúde na cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

Foram convidados para participar do estudo, enfermeiros que exercem sua prática nos hospitais em questão, os quais possuíam até seis anos de formação. Escolheu-se este período, a fim de contemplar enfermeiros formados segundo as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais. Para integrar o estudo, tais sujeitos concordaram em participar da pesquisa, permitiram a gravação das entrevistas, bem como autorizaram a divulgação dos dados analisados nos meios científicos.

Utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas como técnica para coleta dos dados, as quais foram realizadas no próprio local de estudo, de forma individual, com data e hora pré-estabelecida, conforme contato prévio com os participantes. Utilizou-se um roteiro para nortear a coleta. As entrevistas foram gravadas e transcritas logo após seu término. Os depoimentos de cada sujeito foram identificados pelas letras E de entrevista e o número ordinal correspondente a sua realização com os enfermeiros (E1, E2... E25). As informações foram obtidas de maio a dezembro de 2010.

Com a finalidade de analisar os dados utilizou-se a proposta operativa de Minayo (2010), que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro inclui as determinações fundamentais do estudo, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. E o segundo momento denomina-se de interpretativo, pois consiste no ponto de partida e no ponto de chegada de qualquer investigação, representando o encontro com os fatos empíricos. A fase interpretativa apresenta duas etapas: a ordenação dos dados e a classificação dos dados, esta última inclui a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e a construção do relatório com a apresentação dos resultados.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram respeitados os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo nº 658/10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar o perfil dos 25 enfermeiros que participaram do estudo, convém informar que o tempo de formação variou de seis anos a sete meses, 23 foram graduados em três diferentes instituições de ensino superior de Santa Catarina, um formou-se em uma universidade no Rio

Grande do Sul e outro no Paraná. Predominou o sexo feminino, sendo 24 enfermeiras. No que tange o aprimoramento profissional, 11 possuem apenas a graduação em enfermagem, oito estão cursando especialização, três já são especialistas e três cursam o mestrado em enfermagem. Dentre os participantes nove possuíam o curso técnico de enfermagem.

Após a análise dos dados obteve-se duas categorias que foram denominadas como: Características do processo de ensino-aprendizagem da liderança e Estratégias que auxiliam a formação de enfermeiros-líderes, as quais serão apresentadas na sequência.

Características do processo de ensino-aprendizagem da liderança

Uma das principais características associadas ao processo de ensino-aprendizagem da liderança diz respeito à preocupação dos participantes em realizar procedimentos técnicos durante a graduação. A ênfase no tecnicismo pode ser percebida no seguinte depoimento:

Mas a minha preocupação maior foi em aprender a fazer, em saber fazer e me despreocupe, eu acho, com a liderança [...] eu acho que a nossa formação foi muito mais assistencial. Eu não me recordo assim, de momentos que a gente parou pra falar de liderança. Eu não consigo me recordar de conversas, de estudo. Em algum momento com certeza a gente parou pra ver liderança, mas não me foi marcante. Eu não sei se era eu que não estava preocupada pra esse modo, pra essa situação. (E25)

Convém informar que a formação na enfermagem, esteve quase sempre associada à realização de atividades de natureza técnica, o que por sua vez, acaba influenciando a assistência prestada pelos profissionais. Por conseguinte, este cuidado é realizado de maneira mecânica, norteador por tarefas que obedecem rigidamente normas e prescrições em detrimento dos relacionamentos interpessoais (PINTO; PEPE, 2007) e dimensões gerenciais.

Salienta-se que o tecnicismo, que ainda persiste no cenário atual, está associado à institucionalização da enfermagem. Mediante a instrumentalização da clínica, a busca pela recuperação e cura do corpo enfermo passou a ser o enfoque principal da prática dos profissionais da saúde e o médico é o agente que histórica e socialmente rege esse

processo. Em contra partida, o saber da enfermagem foi influenciado diretamente, deslocando-se do cuidado e passando a centrar-se na execução de tarefas e procedimentos técnicos (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

Durante a graduação, identifica-se a excessiva preocupação de alguns estudantes em realizar atividades técnicas. Desta forma, torna-se possível visualizar o tecnicismo na formação, a desvalorização de aspectos de cunho gerenciais, incluindo a liderança, a qual muitas vezes, só é lembrada pelo enfermeiro quando o mesmo já está inserido na prática profissional e necessita tomar decisões e gerenciar conflitos, bem como coordenar uma equipe, que em geral, é integrada por profissionais com mais idade e experiência (AMESTOY et al., 2010a).

Alguns participantes informaram que vivenciaram muitas dificuldades em exercer a liderança no ambiente hospitalar, as quais relacionam ao pouco destaque atribuído ao ensino da liderança durante a formação acadêmica.

É, a gente sai da graduação sentindo que não vai dar conta de ser um trabalhador, que não vai dar conta de liderar a equipe, que a gente se sente muito imaturo, muito crus. Quando se é recém-formado e pega uma instituição pra trabalhar e aí é que a gente percebe aonde faltou, que foram as aulas sobre o tema liderança.(E8)

No decorrer do curso, acredita-se que alguns dos acadêmicos assumem ou são levados a assumir uma postura mais passiva aguardando que os docentes ou até mesmo os profissionais da saúde direcionem suas ações. Por este motivo, ao se formar evidenciam a sensação de estar sozinhos, o que gera insegurança, dificulta o gerenciamento das atividades de enfermagem e compromete sua própria liderança (AMESTOY et al., 2010a).

Além disso, a falta de experiência profissional e a deficiente habilidade técnica, associadas a pouca idade, acarretam ao enfermeiro um enorme desafio, o de lidar com os recursos humanos da instituição, principalmente por ocupar um espaço de liderança dentro da equipe de enfermagem. Muitas vezes, isso ocasiona certo descontentamento aos profissionais mais antigos e experientes, que muitas vezes, apresentam-se resistentes ao fato de ter como líder uma pessoa mais jovem e com pouca experiência prática (MATOSINHO et al., 2010).

Também houve o destaque para as práticas pedagógicas utilizadas

pelos docentes durante os cenários de atuação.

[...] lá na universidade tu não é muito respeitado pelo professor, ele te impõe regras, ele te impõe situações, tu não é respeitado por ele. Eu tive uma faculdade muito melhor que o grupo que veio antes de mim, só que teve regras impostas. Vou dizer que a melhor parte na minha faculdade foi meu TCC, porque eu fiz a quinhentos quilômetros daqui longe do professor, eu não tive ele me impondo as coisas, eu aprendi a ser enfermeira lá, na universidade não e, eu não aprendi a liderar (E12).

Ao analisar este depoimento, é possível reconhecer a adesão do educador a práticas impositivas que interferem na construção da criticidade do educando. De modo geral, pode-se associá-las a educação bancária, que segundo a perspectiva freireana representa o ato de depositar e transmitir conhecimento, no qual os docentes são os depositantes do saber e os discentes os depositários. Nesta concepção, em lugar de comunicar-se, o educador faz comunicados e depósitos que os educandos absorvem de forma passiva (FREIRE, 2005). Nesta prática educativa há a mecanização da educação, tornando-se um processo infértil e pouco criativo, cabendo aos educandos, apenas memorizar o conteúdo transmitido, sem realizar questionamentos, muito menos posicionamentos. Esta forma de educar poda qualquer possibilidade de refletir e pensar criticamente a realidade.

O educador torna-se um ser superior que ensina a pessoas, desprovidas de qualquer bagagem de conhecimento. Isto forma uma consciência bancária, em que o educar resume-se em arquivar o que se deposita. Contudo, enfatiza-se que o arquivado é o próprio homem, que perde seu poder de criar. Enquanto ser da práxis, o homem tem por destino transformar o mundo, sendo o sujeito de sua ação. Porém, na educação bancária o homem é um ser dócil e adaptável, incapaz de propor mudanças e inovações (FREIRE, 2007). Por estar impossibilitado de dialogar com os outros e de ser ouvido.

Com o intuito de superar este modelo de educação emerge a educação libertadora, também denominada de problematizadora, na qual se refuta o ato de transmitir conhecimentos e valores aos educandos, como se estes fossem recipientes. Nesta proposta, a educação é um ato cognoscente (FREIRE, 2005). Se expressa pela participação ativa do

educando em seu processo de ensino-aprendizagem, no qual tanto educador e educando aprendem e constroem, juntos, o conhecimento.

A educação libertadora busca romper com as hierarquias e esquemas verticais apoiados pela educação bancária, em que existe o distanciamento entre educador e educando. Desta maneira, o educador não somente educa, mas enquanto educa é educado através do estabelecimento do diálogo com o educando que, por sua vez, ao ser educado também educa. Ambos se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos (FREIRE, 2005). Esta aproximação entre docente e discente, facilita a troca de saberes e a apropriação do objeto que está sendo desvelado, cria oportunidades de refletir situações, a partir do contexto dos sujeitos.

O comprometimento dos docentes de enfermagem com a formação é outro aspecto relevante a ser discutido.

Eu tinha uma professora que ela ia todos os dias no estágio pra ver, mas ela nunca perguntou assim, se a gente estava se sentindo sufocado porque estávamos apenas encaminhando pacientes. Porque, às vezes, a gente falava pra ela: olha professora, hoje não deu tempo de fazer isso, vamos ter que fazer em casa ou ficar aqui depois do horário do estágio, porque eles não deixaram, só quiseram que a gente ficasse carregando paciente pra cima e pra baixo. Ela nunca chegou e disse assim “ah eu vou rever isso”. (E7)

O educador que se utiliza do diálogo como ferramenta relacional, não pode manipular os alunos e muito menos abandoná-los à própria sorte, pois tem consciência de sua responsabilidade. Assume uma conduta diretiva indispensável para educar. No entanto, essa diretividade não está relacionada a uma posição de comando, do tipo: faça isso ou faça aquilo, mas vincula-se a uma postura para dirigir um estudo sério, em busca da compreensão de um objeto (FREIRE, 2011) no exercício de uma diretividade libertadora.

Na sétima fase, as professoras davam um monte de texto filosófico, que às vezes tu ia pra sala e não conseguia discutir. Você tem que ler tal livro e a gente lia, só que aí não tinha o retorno, aquele feedback assim de professor: tá você leu? li!, e o que você entendeu disso? eu entendi isso e

aquilo, o que você ficou em dúvida? fiquei nisso. Porque na metodologia ativa é isso, eu posso trazer coisas pra o professor e ele me tira as dúvidas, não é assim eu vou leio e fico comigo. Eu lembro bastante assim, que a gente comentava, meu Deus olha só que aula, “tu tá entendendo o que ela tá falando?” “não!” aí você levantava a mão pra tirar dúvida, e ela “ah vai procurar”, aí tu ficava naquela de será que o professor sabe, será que ele não quer ensinar? É tu só aprende na prática. (E7)

Outro aspecto a ser mencionado é insistência de alguns educadores em sobrecarregar os educandos de leituras, excessivas, num mesmo semestre. Identifica-se uma compreensão errônea do ato de ler, pois uma grande quantidade de leituras sem o devido aprofundamento revela certa distorção da palavra escrita, que necessita ser superada. Ainda, encontram-se professores preocupados em dar conta do conteúdo programático, ou seja, em repassar a matéria determinada no plano de disciplina, ao invés de pensar na qualidade de como isto é feito e como os educandos estão tirando proveito da educação que lhes é oferecida (FREIRE; SHOR, 2011).

Ao analisar a educação atual, ainda, observa-se a elaboração de planos de disciplinas pautados em gigantescas listas de leituras, algumas delas obrigatórias e outras complementares, a fim de dar conta dos temas a ser desvelados pelos acadêmicos. A dúvida reside se esta maneira de nortear as aulas proporciona tempo adequado para sua absorção e debate na sala de aula, bem como a verdadeira compreensão das obras sugeridas pelos professores. Tem-se a percepção que um menor número de referências adotadas no decorrer de cada período letivo, somada a um maior tempo de dedicação permitirá uma aprendizagem significativa, ou seja, a problematização do material a ser trabalhado. Para tanto, defende-se uma postura diretiva e flexível dos docentes na seleção dos conteúdos programáticos, associada à participação ativa dos estudantes na escolha dos temas a ser discutidos.

Complementa-se que alguns educadores possuem dúvidas sobre a questão da diretividade, principalmente se o projeto pedagógico da instituição de ensino está embasado em metodologias ativas, que visam estimular a criticidade do educando. Este fato tem levado muitos docentes a se perguntar até onde podem intervir nas discussões, mesmo

estabelecendo-se silêncio por parte dos discentes em sala de aula. Esse aspecto necessita ser discutido, porque o educador tem a responsabilidade e competência para nortear o melhor caminho, no entanto, pecará se não envolver e der voz aos educandos durante este processo.

Essa relação de tu consegues ter o domínio de tudo, porque na graduação tu não tens noção do todo, tu aprende a fazer as coisas para um paciente e não ter o domínio para trinta pacientes, essa foi minha maior dificuldade de saber tudo, porque quando eu estou no setor sozinho eu tenho que saber o que está acontecendo com todos e no começo foi complicado um pouco porque eu não tinha essa experiência. (E7)

O acadêmico vivencia, ao longo dos estágios da graduação, situações que transcendem a realidade da profissão, como por exemplo, o fato de prestar cuidados a um único paciente, nutrindo a percepção idealizada do cuidado direto. Todavia, apenas ao término da graduação que o discente passa a ter uma compreensão mais real sobre o que é ser enfermeiro, ficando sob sua responsabilidade um maior número de pacientes. Tais experiências são indispensáveis ao aprendizado do educando, porém devem ser consideradas as exigências do mercado de trabalho que irá absorvê-lo, pois dependendo da instituição, poderão se deparar com a responsabilidade de supervisionar hospitais inteiros, momento no qual serão cobradas habilidades gerenciais (ROSA; LIMA, 2005).

Sugere-se que a formação de enfermeiros-líderes esteja pautada em uma liderança dialógica, que consiste na capacidade do líder de influenciar seus colaboradores a atuarem de maneira crítica e reflexiva sobre sua práxis, por meio do estabelecimento de um processo comunicacional eficiente (AMESTOY et al., 2010b). Para tanto, salienta-se que o diálogo, segundo o pensamento freireano, consiste em um fenômeno humano, que não pode ser reduzido ao simples depósito de ideias de um sujeito no outro, por representar o encontro entre os homens, enquanto seres pensantes, a fim de problematizar situações com o intuito de modificar a realidade em que estão inseridos (FREIRE, 1996). A inserção desta proposta no ambiente hospitalar poderá colaborar com os enfermeiros na construção de relações horizontais no ambiente de trabalho, bem como pautadas na ética, na humanização, nas

quais florescem oportunidades de trocas de conhecimentos e aprimoramento coletivo entre o líder e seus colaboradores.

Estratégias que auxiliam a formação de enfermeiros-líderes

Vários participantes declararam que o ensino da liderança tem ficado restrito aos últimos semestres da graduação. Frente ao exposto, o ensino transversal da liderança foi lembrado como estratégia na formação de enfermeiros-líderes.

Acho que de repente tentar falar mais sobre liderança em todo o curso, tentar trazer sei lá alguma forma de ensino que possa desenvolver isso quando o enfermeiro está se formando. (E15)

Acredita-se que a formação de enfermeiros-líderes com potencial para utilizar a liderança no ambiente hospitalar, depende de uma educação que fomente tal competência de modo transversal em seu currículo.

Compete aos docentes sensibilizarem-se quanto a necessidade de impulsionar o ensino formal da liderança ao longo da formação acadêmica, e ainda, elucidar os discentes para as facilidades que a mesma proporcionará ao enfermeiro-líder durante o gerenciamento do cuidado (AMESTOY et al., 2010a).

Os enfermeiros também enfatizaram importância da educação permanente no ambiente hospitalar, a fim de colaborar com o aprimoramento profissional do enfermeiro. Neste sentido, são apresentados alguns depoimentos que exemplificam esse resultado.

Aqui é muito bom porque eles estão sempre desenvolvendo palestras, fazendo treinamentos e capacitações para os enfermeiros. O hospital tem uma equipe de educação corporativa destinada a capacitações aqui na instituição (E21).

[...] isso é importante pra instituição, porque na verdade tu não estudas só pra ti, se tu tens um curso de feridas, não é só pra ti que tu vai, é lógico que é pra tua vida, mas tu vai aplicar é na unidade que tu trabalhas, então isso é crescimento, não só para o profissional, mas pra instituição também porque tu tens um profissional mais capacitado para atender ao paciente (E4).

Homens e mulheres são seres inconclusos e inacabados e a consciência desta inconclusão os faz seres em processo permanente de educação (FREIRE, 1996). Diante disso, emerge a necessidade de investir na educação permanente dos trabalhadores, a qual se caracteriza no processo educativo, que possibilita um espaço para pensar e fazer no trabalho. Além disso, pode ser compreendida como uma ação capaz de fomentar nas pessoas maior capacidade de atuar no mundo do trabalho, enquanto ser que constrói e destrói sua realidade, fundamentado por valores políticos, culturais e éticos (RICALDONI; SENA, 2006).

A educação permanente tem por finalidade qualificar o cuidado e promover qualidade de vida dos trabalhadores. Entretanto, torna-se imprescindível ter consciência que a responsabilidade pela formação profissional não recai exclusivamente nas instituições de ensino, pois também necessita do comprometimento dos serviços de saúde, onde as atividades práticas são desenvolvidas (AMESTOY et al., 2010a).

Portanto, considera-se o saber adquirido pelo enfermeiro originado a partir de suas experiências de trabalho. Essa valorização permite assinalar com maior propriedade a realidade dos serviços de saúde, a expressão das fragilidades e potencialidades dos sujeitos, estimulando no processo de formação, a troca mútua de experiências, a criação e socialização de um novo saber e uma nova prática, a partir da crítica e instrumentalização mediante a educação transformadora (BACKES et al., 2008). Neste cenário, busca-se oportunizar o desenvolvimento dos recursos humanos na área da saúde, a fim de que os mesmos possam ampliar a qualidade da assistência, bem como promover espaços para crescimento e aprimoramento profissional, tendo em mente que os trabalhadores são agentes de transformação e não de reprodução passiva da realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança. Dentre os aspectos principais destaca-se a ênfase do tecnicismo na formação, bem como a adesão dos docentes a práticas pedagógicas que se assemelham a transmissão do conhecimento e a escassa abertura para o diálogo. A educação bancária quando adotada pelos docentes acarreta danos, alguns deles irreversíveis ao discente, tornando-o um ser domesticado, limitado e com dificuldades de inserir-se no mundo.

No entanto, pode-se identificar que, enquanto estudantes, alguns enfermeiros possuem dificuldades em aceitar métodos participativos,

que estimulam a criticidade e autonomia, diante da comodidade de receber o conhecimento pronto transferido pelo educador. A cultura da crítica pela crítica ainda é muito comum no contexto educacional, no qual as críticas são lançadas ao educador, como se este fosse o único responsável pela formação do educando, o qual, por vezes, costuma-se abster-se desta responsabilidade. Além disso, alguns docentes possuem dificuldades em aderir a novas práticas pedagógicas, como as metodologias ativas, e até mesmo, certo despreparo para utilizá-las, o que limita o estabelecimento de uma relação construtiva entre os sujeitos cognoscíveis, isto é, entre o educador e educando.

A necessidade de fomentar o ensino transversal da liderança, devendo ser abordada ao longo da graduação e a preocupação quanto ao aprimoramento profissional foram elencadas como estratégias que facilitam a formação de enfermeiros-líderes. Vislumbra-se a relevância de inserir a educação permanente nos serviços de saúde, a partir da sensibilização de gestores e profissionais, além da participação das instituições de ensino, mediante o oferecimento de cursos de pós-graduação.

O estudo impulsionou a reflexão dos enfermeiros sobre o tema, todavia, reforça-se que ainda existem questões que precisam ser desveladas, como por exemplo, a percepção dos acadêmicos e dos docentes sobre a formação de líderes. Por esse motivo, torna-se imprescindível o desenvolvimento de outras pesquisas enfocando a liderança, por se tratar de uma competência profissional do enfermeiro.

Com o intuito de facilitar o processo de ensino-aprendizagem da liderança defende-se uma educação baseada no diálogo e na autonomia dos sujeitos, que busque despertar no educando, independente de sua realidade, um olhar crítico e o potencial para intervir no mundo, consciente de seu poder de transformação. Desta forma, destaca-se a liderança dialógica, como ato político, que pode ser utilizada como estratégia pelo enfermeiro-líder em seu ambiente de trabalho, a fim de nortear seu estilo de liderança, pois ao ser considerado um ser relacional e singular, o homem diferencia-se dos demais mediante a defesa de suas convicções em seu contexto social, além disso, tornar-se-á possível a construção de novas formas de atuar na área da saúde, a partir da adoção de posturas mais democráticas, humanas e éticas, as quais potencializam a liberdade de expressão dos trabalhadores, buscando superar as relações de poder baseadas no autoritarismo e na opressão.

REFERENCIAS

ALMEIDA, L.P.V.G.; FERRAZ, C.A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 31-35, 2008.

AMESTOY, S.C; CESTARI, M.E.; THOFEHRN, M.B.; MILBRATH, V.M.; TRINDADE, L.L.; BACKES, V.M.S. Processo de formação de enfermeiros líderes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.6, p. 940-945, 2010a.

_____. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.5, p. 844-847, 2010b.

BACKES, V.M.S.; LINO, M.M.; PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S.; CANEVER, B.P. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n.6, p. 858-865, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos - Res. CNS 196/96. Bioética**. 1996; 4(2 Supl): 15-25.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução No3, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 09 Nov 2001. Seção1. p.37.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. 51a. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Carta de Paulo Freire aos professores. **Estudos Avançados**, v.15, n. 42, p. 259-268, 2001.

_____. **Educação e mudança.** 30a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 47a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 33a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia:** o cotidiano do professor. 13 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

GELBCKE, F.L.; SOUZA L.A.; DAL SASSO, G.M.; NASCIMENTO, E.; BULB, M.B.C. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n. 1, p. 136-139, 2009.

LOURENÇO, M.R., TREVIZAN, M.A. Liderança situacional: análise de estilo de enfermeiros-líderes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 15, n.1, p. 48-52, 2002.

LÜDKE, M. ANDRÉ M.E.D.A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MATTOSINHO, M.M.S.; COELHO, M.S.; MEIRELLES, B.H.S.; SOUZA, S.S.; ARGENTA, C.E. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos enfermeiros-recém-formados em enfermagem. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 466-471, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12a. ed. São Paulo: Ucitec, 2010.

PINTO, J.B.T.; PEPE, A.M. Nursing education: contradictions and challenges of pedagogical practice. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.1, p. 120-126, 2007.

RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 837-842, 2006.

ROSA, R.B.; LIMA, M.A.D.S. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre o que é ser enfermeiro. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n.2, p.125-30, 2005.

SANTOS, I.; CASTRO, C.B. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p. 734-42, 2008.

5.3.2 Manuscrito 3: Desafios vivenciados na prática da liderança por enfermeiros que foram técnicos de enfermagem

DESAFIOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA DA LIDERANÇA POR ENFERMEIROS QUE FORAM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM³

CHALLENGES EXPERIENCED IN THE PRACTICE OF LEADERSHIP BY NURSES THAT USED TO BE NURSING TECHNICIAN

DESAFÍOS VIVIDOS EN LA PRÁCTICA DEL LIDERAZGO POR ENFERMEROS QUE FUERON TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

RESUMO

Este estudo objetivou identificar os desafios vivenciados na prática da liderança por enfermeiros que foram técnicos de enfermagem. Retrata uma abordagem qualitativa do tipo descritiva, na qual foi usado o estudo de caso como estratégia de investigação. Participaram do estudo 25 enfermeiros que trabalham em três hospitais da cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Destes, nove possuem curso técnico em enfermagem. As informações foram obtidas de maio a dezembro de 2010. Para coleta dos dados realizou-se entrevistas semi-estruturadas e oficinas dialógicas. Os dados foram analisados por meio da proposta operativa de Minayo. Ser enfermeiro e atender as responsabilidades que lhe são atribuídas, bem como a liderança da equipe de enfermagem consiste nos principais desafios vivenciados. Defende-se que esta ascensão profissional deverá estar fundamentada em relações dialógicas capazes de aproximar o enfermeiro da equipe, distanciando-os de relações de poder que promovem a opressão e um falso diálogo.

Descritores: Enfermagem; Liderança; Serviços de saúde; Educação em enfermagem

ABSTRACT

This study objective is to identify the challenges experienced in the

³ Após apreciação da banca examinadora, pretende-se estruturar e encaminhar este manuscrito para a Revista da Escola de Enfermagem da USP – REEUSP.

practice of leadership, by nurses that used to be technicians in nursing. It shows a qualitative descriptive approach type, which was used in the case study as a research strategy. 25 nurses that work in three hospital of the city of Florianópolis, Santa Catarina took part in the study. Out of which, nine are nursing technicians. Information where obtained from the month of May to December of 2010. Data collection was realized through semi-structured interviews and workshop dialogical. Data were analyzed using the proposed operative by Minayo. Being a nurse and meet the responsibilities assigned to it, as well as the leadership of the nursing team consists of the main challenges experienced. It is argued that career advancement should be based on dialogical relations capable of bringing the nurse team, away from the relation of power that promotes oppression and a false dialogue.

Descriptors: Leadership; Health services; Education in Nursing.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo identificar los desafíos vividos en la practica del liderazgo por enfermeros que fueron técnicos de enfermería. Muestra un abordaje cualitativo del tipo descriptivo, en el cual fue usado el estudio de caso como estrategia de investigación. Participaron del estudio 25 enfermeros que trabajan en tres hospitales de la ciudad de Florianópolis, Santa Catarina. De estos, nueve tenían curso técnico en enfermería. Las informaciones fueron obtenidas de mayo a diciembre de 2010. Para la colecta de los datos se realizaron entrevistas semi-estructuradas y talleres dialógicos. Los datos fueron analizados por medio de la propuesta operativa de Minayo. Ser enfermero y atender las responsabilidades que le son atribuidas, así como el liderazgo del equipo de enfermería consisten en los principales desafíos vividos. Se defiende que este ascenso profesional deberá estar fundamentada en relaciones dialógicas capaces de aproximar el enfermero del equipo, distanciándolos de relaciones de poder que promueven la opresión y un falso diálogo.

Descritores: Enfermería; Liderazgo; Educación em Enfermería.

INTRODUÇÃO

A enfermagem é reconhecida como uma disciplina científica, ou seja, ciência e arte a serviço da humanidade. Constituiu-se em uma profissão compromissada com o aprimoramento das condições de vida das pessoas, com o intuito de proporcionar um existir mais harmonioso

para todos os seres (NASCIMENTO; ERDMANN, 2006).

Com o intuito de dar conta das novas demandas de saúde, o processo de formação de enfermagem sofreu várias transformações no decorrer dos anos, resultantes de mudanças oriundas dos diversos contextos históricos, emergindo por consequência, a necessidade de adequar o perfil do enfermeiro (ITO et al., 2006). Para tanto, no ano de 2001 foram criadas as novas Diretrizes Curriculares do Curso e Graduação em Enfermagem baseadas em competências, as quais definem a formação de enfermeiros generalistas, humanos, críticos e reflexivos, capazes de aprender a aprender e que atendam as necessidades da população conforme os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001). E ainda, enfermeiros que possuam competência para exercer liderança no cenário da saúde, tornando-se uma referência no atendimento das necessidades dos usuários. A liderança representa a capacidade do líder de exercer influência sobre seus colaboradores, de inspirar as pessoas, com o objetivo de alcançar as metas compartilhadas pelo grupo estando estas relacionadas ao cuidado, por meio da adoção de um processo comunicacional horizontal mediado pelo diálogo.

Além disso, no que concerne este novo perfil profissional, destaca-se a frequente inserção de técnicos e auxiliares de enfermagem nos cursos superiores de enfermagem (COSTA et al., 2008; MEDINA; TAKAHASHI, 2003). O desejo de ingressar na academia tem seduzido o trabalhador de nível médio, o qual se encontra motivado em superar grandes desafios para tornar-se enfermeiro, em virtude da oportunidade de ascensão profissional e social que o diploma de curso superior pode lhe atribuir (COSTA; MERIGHI; JESUS, 2008).

Dentre as perspectivas para a enfermagem nos próximos anos, enfatiza-se que a graduação se tornará, cada vez mais, um caminho de ascensão social e profissional para os integrantes da equipe. De maneira geral, técnicos e auxiliares de enfermagem ingressam nos inúmeros cursos de graduação disponibilizados por instituições particulares. Em contra partida, as instituições de ensino públicas, além de formar seu contingente, devem oferecer cursos de especialização aos egressos oriundos das escolas particulares (VIANNA, 2011).

No entanto, esta mudança de posição no trabalho pode ser considerada um desafio pelos trabalhadores ou ainda, uma ameaça, já que emergem a necessidade do desenvolvimento e aperfeiçoamento de novas atitudes e competências. O modo pelo qual a pessoa irá enfrentar esta situação, percebendo-a como uma ameaça ou um desafio,

repercutirá nas estratégias escolhidas para encarar a situação. Por esse motivo, as pessoas que se sentem desafiadas em vez de ameaçadas, possuem autoestima elevada produzindo sentimentos de controle da situação, tornando-se capazes de superar a situação estressante (SILVA et al., 2010).

Salienta-se com base no pensamento freireano, que homens e mulheres são seres inconclusos e inacabados e a consciência desta inconclusão os faz seres em processo permanente de educação (FREIRE, 1996). A partir desta consciência, o trabalhador de ensino médio poderá galgar novos postos, por compreender que o conhecimento é dinâmico e que sua construção enquanto ser humano e profissional representa um eterno processo de ensino-aprendizagem.

Perante o exposto, objetivou-se identificar os desafios vivenciados na prática da liderança por enfermeiros que foram técnicos de enfermagem. Convém informar que este artigo consiste em um recorte da tese de doutorado denominada: Liderança dialógica: perspectivas na formação de enfermeiros-líderes, apresentada ao Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina.

METODOLOGIA

Este estudo representa uma abordagem qualitativa do tipo descritiva, em que foi utilizado o estudo de caso como estratégia de investigação, por ser um método aplicado em situações que desejam estudar um fenômeno singular que possua valor em si mesmo (LÜDKE; ANDRE, 1986).

Fizeram parte do estudo 25 enfermeiros que possuíam interesse em discutir e refletir sobre liderança na enfermagem. Dentre os participantes, 10 trabalham no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, 10 no Imperial Hospital de Caridade e cinco no Hospital Governador Celso Ramos. Os três hospitais gerais foram escolhidos por se tratarem de instituições de grande destaque em assistência à saúde na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Convém informar que dos 25 participantes, nove possuíam formação no curso técnico de enfermagem. Este aspecto impulsionou a busca pelo conhecimento dos desafios vivenciados por estes profissionais ao se tornarem enfermeiros, já que o modo como enfrentam as novas mudanças poderá interferir diretamente em sua liderança.

Participaram do estudo, enfermeiros que exercem sua prática nos hospitais em questão, os quais possuíam até seis anos de formação. Escolheu-se este período, objetivando contemplar enfermeiros formados

segundo as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais. Ao concordarem em participar da pesquisa, permitiram a gravação das entrevistas e das oficinas dialógicas durante a coleta dos dados e autorizaram a divulgação dos dados analisados nos meios científicos.

Utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas e oficinas dialógicas como técnicas para coleta dos dados.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de estudo, com data e hora pré-estabelecida, conforme contato prévio com os participantes. Utilizou-se um roteiro para nortear a coleta. As entrevistas foram gravadas e transcritas logo após seu término. Os depoimentos de cada sujeito foram identificados pelas letras E de entrevista e o número ordinal correspondente a sua realização com os enfermeiros (E1, E2... E25).

Após foram realizadas três oficinas, uma em cada hospital, para que os participantes pudessem construir e reconstruir coletivamente seu olhar crítico sobre a liderança. Informa-se que os enfermeiros participaram das oficinas realizadas no hospital em que trabalham, não foi possível realizar uma oficina contando com a participação de todos os sujeitos do estudo em um mesmo local, mediante dificuldades encontradas para reuni-los. Cada oficina dialógica durou em média 1 hora e 30 minutos, as mesmas foram gravadas em áudio. Os depoimentos advindos das oficinas dialógicas foram identificados com as letras OD, mais o número ordinal representando cada enfermeiro (OD1, OD2...OD25). Uma das pesquisadoras exerceu o papel de moderadora dos encontros. As informações foram obtidas de maio a dezembro de 2010.

Com o intuito de analisar os dados utilizou-se a proposta operativa de Minayo (2010), que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro inclui as determinações fundamentais do estudo, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. E o segundo momento denomina-se de interpretativo, pois consiste no ponto de partida e no ponto de chegada de qualquer investigação, representa o encontro com os fatos empíricos. A fase interpretativa apresenta duas etapas: a ordenação dos dados e a classificação dos dados, que inclui a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e a construção do relatório com a apresentação dos resultados.

Foram respeitados os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo nº 658/10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A inserção a nova categoria profissional foi reconhecida como um desafio. Sendo assim, a partir dos resultados obtidos emergiu duas categorias, denominadas de: Vivenciando o ser enfermeiro; Assumindo a liderança na enfermagem, as quais serão apresentadas na sequência.

Vivenciando o ser enfermeiro

Ao analisar o processo de trabalho do enfermeiro, cabe informar que compete a este profissional o gerenciamento da assistência prestada aos usuários, a execução de atividades administrativas, educativas e de pesquisa, com a finalidade o intuito de aprimorar o cuidado prestado aos usuários (GALVÃO; TREVIZAN, SAWADA, 1998). O enfermeiro destaca-se na área da saúde pela multiplicidade de atividades que realiza, as quais englobam o trabalho intelectual, a coordenação das ações da equipe de enfermagem, bem como a organização e implementação da assistência (RODRIGUES; LIMA, 2004). Desta forma, quando a atuação do enfermeiro é reconhecida como de alta qualidade, este se torna um exemplo a ser seguido, ou seja, um modelo em que seus colaboradores buscam se espelhar (MEDINA; TAKAHASHI, 2003).

No entanto, ao se tornarem enfermeiros, alguns participantes relatam ter dificuldade em se reconhecer como tal.

[...] eu comentava com todo mundo que eu me sinto muito técnica ainda. Então, pra mim foi difícil, como é que eu vou passar pro outro lado eu dizia, mas era medo meu, na verdade era muito medo (E3).

Pra mim foi muito difícil porque eu não sabia identificar, eu achava assim: Oh! hoje eu não tenho mais que dar um banho de leito, eu tenho que gerenciar, eu tenho essas atribuições como outras. Então, eu sentei com a minha equipe, conversei, coloquei a eles o porquê que eu estava tendo aquela conduta diferente naquele momento, e foi bem tranquilo (E12).

Mesmo buscando exercer as atividades privativas do enfermeiro

na prática hospitalar, ficou claro que ainda há dificuldades para se distanciar da antiga posição de técnico de enfermagem, bem como compreender realmente o que é ser enfermeiro. Este fato é reforçado, no final do depoimento, quando a participante menciona que reuniu a equipe para uma conversa, a fim de explicar o porquê tem adotado uma “conduta diferente”, a qual se refere ao trabalho do enfermeiro, ou seja, a sua nova categoria profissional.

Resultado semelhante foi evidenciado em outro estudo, no qual os estudantes de enfermagem que eram trabalhadores da área, possuíam certo desconhecimento de como é atuar como enfermeiro e qual é seu papel (COSTA; MERIGHI; JESUS, 2008). Diante disso, torna-se imprescindível refletir sobre a formação do enfermeiro e o modo como esta vem sendo norteada, pois ao término do curso de graduação, parte-se do pressuposto que os educandos possuem conhecimento teórico e prático sobre o trabalho do enfermeiro e o domínio de competências que o preparam para exercer as atividades que lhe são atribuídas.

Todavia, percebe-se a necessidade de disponibilizar mais atenção a estes trabalhadores, enquanto estudantes de enfermagem, pois ao possuir habilidades técnicas, muitas vezes, sua formação pode estar sendo negligenciada, já que costumam se destacar no campo prático, até mesmo auxiliando os demais colegas, podendo passar despercebidas suas fragilidades, como por exemplo: gerenciar e liderar a equipe de enfermagem.

Acrescenta-se que algumas escolas de enfermagem ainda não estão preparadas para discutir a questão da mobilidade profissional e suas consequências, mesmo com o grande número de técnicos e auxiliares de enfermagem frequentando os cursos de graduação (COSTA; MERIGHI; JESUS, 2008), desta maneira, o assunto deve ser pauta de debate entre os docentes.

Por outro lado, emerge a consciência da responsabilidade conferida ao trabalho do enfermeiro, aspecto mencionado pelos participantes ao tornarem-se enfermeiros.

Antigamente, quando eu era técnica eu ia pra casa e dormia que era uma beleza. Agora eu vou pra casa durmo e algumas horas depois eu acordo e lembro que eu esqueci de colocar tal coisa no livro, ou esqueci de fazer determinada coisa. Uma coisa, assim, muito estranha, mas que acontece. Nunca perdi o sono como técnica na vida, durante dez anos de assistência, como enfermeira pelo menos umas duas, três vezes por

semana eu perco o sono porque esqueci de fazer determinada coisinha, coisa básica, coisa boba, que não tem muita importância, mas o aumento da responsabilidade é muito maior (E20).

De acordo com a Lei nº 7.948, de 25 de junho de 1986, é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro a prestação dos cuidados de enfermagem de ampla complexidade técnica, os quais necessitem de maior fundamentação teórica, bem como o gerenciamento dos serviços de enfermagem e a supervisão das atividades técnicas e auxiliares. A demanda de trabalho do enfermeiro, bem como as responsabilidades que estão em suas mãos, constituem-se em desafios que podem ser enfrentados de modo sadio, desde que se tenha comprometimento com a nova profissão.

Ser enfermeiro compreende diversas exigências e responsabilidades, que muitas vezes, não são reconhecidas pela equipe. O depoimento a seguir expõe a visão dos participantes sobre essa questão.

[...] como é diferente a visão que a gente tem do enfermeiro quando a gente é técnico. Depois quando a gente é enfermeiro, porque quando a gente é técnico todo mundo fala mal do enfermeiro e aí tu fica assim, por que realmente ela não faz isso, não faz aquilo (OD 20).

[...] porque a gente sabe, quando a gente é técnica o pessoal fala mal de tudo que é enfermeira. A gente que está no meio escuta, que a enfermeira não faz nada, mas a gente que é enfermeiro e já foi técnico sabe que tem toda a responsabilidade de ser enfermeiro, muda tudo (E23).

Contudo esta percepção do trabalho do enfermeiro gera algumas reflexões: será que se trata de uma visão distorcida que não condiz com a realidade ou é a visão que o próprio enfermeiro transmite a sua equipe por meio de sua postura profissional?

Quando recém-formados, alguns, enfermeiros tendem a vivenciar situações envolvendo preconceito no seu primeiro trabalho, na maioria das vezes, referentes a pouca idade, por serem jovens e a inexperiência

profissional (SILVA et al., 2010). A insegurança, a falta de preparo para a tomada de decisões e, muitas vezes, a descrença por parte da equipe nas ações do enfermeiro, acabam fazendo com que o gerenciamento do cuidado se transforme em uma tarefa árdua. Além disso, identifica-se certa dificuldade dos enfermeiros em lidar com conflitos e em desempenhar a liderança, fazendo com que realizem atividades, excessivamente burocráticas, que privilegiam as normas em detrimento do cuidado (LOURENÇO; TREVIZAN, 2001), fator capaz de contribuir para as críticas da equipe em relação ao trabalho do enfermeiro.

Também convém refletir sobre os motivos que levam os trabalhadores de nível médio, mesmo criticando o trabalho do enfermeiro, almejar sua posição. A resposta pode estar na ascensão profissional, a qual poderá trazer vários benefícios como: status, desejo de poder, aumento de salário, reconhecimento e domínio de novos conhecimentos.

Frente a esta questão, torna-se imprescindível abordar as relações de poder estabelecidas entre enfermeiros e integrantes da equipe de enfermagem. Essas relações dependendo da forma como são organizadas podem interferir no relacionamento interpessoal entre enfermeiro-equipe e por consequência, afetar a assistência prestada nos serviços de saúde.

Salienta-se que o desejo pelo poder caracteriza a humanidade desde o seu início, todavia, o poder não é partilhado igualmente entre as pessoas, porque umas possuem mais poder do que outras e o usufruem de forma consciente e adequada, enquanto outras dele abusam (MOSCOVICI, 2001).

As relações de poder permeiam as relações entre opressor-oprimido, no entanto o oprimido só conseguirá se libertar dessa situação libertando o opressor e não almejando sua posição, por isso torna-se importante re-inventar o poder, sendo necessário que todas as pessoas o exerçam. A sociedade precisa livrar-se de relações de poder de mando e subordinação substituindo-as por relações radicalmente democráticas (FREIRE, 2005). Para tanto, convém difundir a necessidade da autonomia e do empoderamento coletivo.

O conceito de empoderamento busca transpor os modelos tradicionais centrados no exercício do “poder-sobre” o outro os substituindo pela valorização de espaços em que se torne possível o exercício do poder por meio da interação entre sujeitos e coletivos, ou seja, o “poder-com” (FREIRE, 2005).

Sob esta perspectiva emerge o diálogo enquanto estratégia capaz

de facilitar o estabelecimento de relações de poder construtivas, pois o mesmo representa um fenômeno humano, o qual não pode ser minimizado ao depósito de ideias de um sujeito no outro, por se tratar do encontro entre os homens, enquanto seres pensantes, a fim de problematizar situações com o objetivo de transformar a realidade. O diálogo também pode ser assimilado como uma relação horizontal de A com B, que se nutre do amor, da humildade, da esperança e fé. Apenas o diálogo comunica através do estabelecimento de uma relação empática (FREIRE, 2005).

Sendo assim, o diálogo não nivela, não gera reducionismos, pelo contrário, estimula o respeito entre as pessoas engajadas em transpor barreiras e vir a serem sujeitos de transformação (FREIRE, 2005). Vislumbra-se que o diálogo poderá mediar as relações de trabalho entre enfermeiro e técnico de enfermagem, afastando-os da dualidade existente entre opressor-oprimido, tornando-os conscientes de que o diálogo não os torna iguais, mas facilita o crescimento de um com o outro.

Assumindo a liderança na enfermagem

Assumir a liderança da equipe de enfermagem foi um dos principais desafios vivenciados pelos enfermeiros que possuíam formação técnica.

A formação de técnica foi muito boa pra parte prática em si, mas com a liderança foi meio difícil, porque eu não sabia como agir [...] quando eu cheguei aqui, eu já tinha certa experiência nesta parte, mas foi bem complicado, eu não sabia como trabalhar, tive muita dificuldade mesmo, até aprender a lidar com cada um. É diferente tu ser técnica e tu falas o que tu pensa e vê e, a enfermeira que se vire, e tu chegas aqui tem que saber lidar com cada um, ver o jeito de cada um, como falar, muito complicado (E3).

Na enfermagem, a liderança representa um fenômeno de influência grupal, no qual é imprescindível agregar esforços individuais, para atingir as metas compartilhadas pelo grupo (SANTOS; CASTRO, 2008). Caracteriza-se como uma competência profissional, do enfermeiro, que poderá auxiliá-lo na tomada de decisões, no processo de negociação, no relacionamento interpessoal e na solução de conflitos

decorrentes do ambiente de trabalho (AMESTOY et al., 2010).

Neste sentido, o líder representa o elo de apoio para a equipe, tanto no que se refere à educação como a coordenação do serviço, pois tem a responsabilidade de estimular o desenvolvimento do potencial coletivo, o que irá interferir diretamente na qualidade da assistência (GELBCKE et al., 2009).

Para exercer a liderança de forma crítica e consciente, baseada no diálogo e no respeito ao ser humano e prosperar como líder da equipe de enfermagem torna-se necessário que o enfermeiro desenvolva algumas características, dentre elas: comunicação, domínio do conhecimento, responsabilidade, bom senso e autoconhecimento (AMESTOY et al., 2009). Convém enfatizar que liderança é compreendida como uma competência que pode ser conquistada e aprimorada, não como um aspecto inacessível, ou seja, o líder não nasce pronto, mas constrói-se ao longo de sua formação como profissional e ser humano (AMESTOY et al., 2009). Portanto, as pessoas podem tornar-se líderes desde que se empenhem para isso.

Ao refletir sobre sua prática, os participantes expressaram o medo de não ser aceitos pela equipe de enfermagem, fator que interfere diretamente em sua liderança.

Na minha chegada eu conversei com alguns funcionários novos, alguns tinham um pouco de receio porque já me conheciam, eu trabalhava como técnico, mas a gente foi se conhecendo. No primeiro mês já foi complicado um pouco pra dizer a eles, o tipo de liderança, às vezes não a aceitam, mas agora já estão encaminhando, já estou conseguindo montar a equipe correta (E6).

O meu maior receio mesmo era com os funcionários, que já trabalharam comigo, já sabia que eu era técnica, que às vezes podiam querer atrapalhar um pouco isso, como agente agora tem que tomar uma outra posição, que não é mais como técnica de enfermagem, tem gente que fala: Ah ela era uma técnica ontem, agora hoje já está se achando. Tem colegas minhas que também eram técnicas e se tornaram enfermeiras que passaram por isso, então fiquei mais com medo disso (E9).

Um estudo revela que os enfermeiros que já exerciam atividades em outra categoria profissional expressam seu receio por ser ou não aceitos pela equipe. A não aceitação costuma ser caracterizada por sentimentos de desprazer com a ascensão profissional do colega, entendida como uma espera para boicotar seu trabalho, ou seja, puxar o seu tapete. Os sentimentos negativos gerados podem abalar a integração da equipe e afetar o desempenho de suas atividades. Por outro lado, a aceitação é vista como apoio, ajudando a superar as dificuldades, deste modo, um simples gesto como parabenizar o colega e o acolher em sua nova função, poderá aproximar as pessoas, fortalecendo os vínculos e facilitar o enfrentamento dos desafios emergidos nesta caminhada (MATTOSINHO et al., 2010).

Complementa-se que alguns profissionais são surpreendidos com a mudança de papéis, vivenciando certo desconforto na equipe em decorrência de sua nova posição e dificuldades em aceitar sua liderança, ressaltando especialmente sua pouca experiência e conhecimento (SILVA et al., 2010). Aqui emerge um grande desafio, o de readaptar seu relacionamento com técnicos e auxiliares de enfermagem, já que até então pertenciam ao mesmo nível hierárquico, e agora precisam colocar em prática ações no sentido de diferenciá-los, a fim de ser reconhecidos como líderes (COSTA; MERIGHI; JESUS, 2008).

Na busca pela conquista do respeito e credibilidade, estes enfermeiros têm a seu favor a destreza prática, o conhecimento do processo de trabalho, das rotinas e da instituição, possibilitando serem vistos como um elo de apoio à equipe, por transmitirem segurança.

[...] me deu uma segurança enorme, segurança no sentido de não ter aquela dependência do técnico. Eu tive vários fatores que me favoreceram: eu conhecia o hospital, a instituição, eu conhecia a rotina. Esses foram os fatores que me favoreceram, eu já tinha uma longa experiência prática, e eu acho que assim, favoreceu muito (E12).

A experiência e a habilidade técnica podem trazer segurança para enfrentar os desafios em transformação. O conhecimento do ambiente de trabalho e o fato de já terem pertencido à equipe de enfermagem oferece segurança sobre a profissão, facilitando o processo de aceitação (COSTA; MERIGHI; JESUS, 2008). A valorização da técnica ainda perdura, porém isto deve ser sinônimo de excelência no cuidado e não

de uma assistência mecânica e tarefaira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identifica-se que ser enfermeiro, líder da equipe de enfermagem, representa um grande desafio para os participantes, pois o reengajamento na equipe e as dúvidas de como se posicionar perante seus antigos companheiros de trabalho, lhes colocam frente a desafios que precisam ser enfrentados. Desta forma, os participantes reconhecem a importância de desenvolver e aprimorar sua liderança durante a graduação, pois a consideram fundamental, ao enfermeiro que gerencia o cuidado, bem como os serviços de saúde.

O domínio da habilidade técnica emerge como um aspecto facilitador, contribuindo para a aceitação do profissional, já que esta tende a ser uma característica valorizada pela equipe de enfermagem.

Cabe destacar que as relações de poder permeiam os relacionamentos interpessoais do enfermeiro e equipe de enfermagem, no entanto, salienta-se que ao mudarem de posição, certas críticas atribuídas ao trabalho do enfermeiro são revistas, passando a serem valorizadas suas ações, principalmente no que se refere ao gerenciamento do cuidado e a liderança da equipe.

A ascensão profissional promove mudanças tanto positivas quanto negativas na vida destes profissionais, contudo, ressalta-se a necessidade de trabalhar em equipe, de colocar em prática processos dialógicos de comunicação do enfermeiro com e não sobre seus colaboradores. Desta forma, busca-se promover o empoderamento e coresponsabilização de todos os sujeitos, distanciando-se de relações que fortalecem a opressão e um falso diálogo.

Também é importante fomentar discussões no contexto educacional, tanto no ensino público quanto no privado, a fim de que os docentes estejam preparados para acolher os discentes que já possuem formação técnica em enfermagem, por meio da valorização de seus conhecimentos prévios, mas sem esquecer que os mesmos também precisam desenvolver competências e habilidades específicas do enfermeiro. Esta realidade que se torna cada vez mais frequente no cenário acadêmico.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C. Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.5, p. 673-678, 2009.

AMESTOY, S. C.; CESTARI, M.E.; THOFEHRN, M.B.; MILBRATH, V.M.; PORTO, A.R. Enfermeiras refletindo sobre seu processo de trabalho. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 158-163, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos - Res. CNS 196/96. **Bioética**, v. 4, n. 2, Supl, p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução No3, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 09 Nov 2001. Seção1. p.37.

COSTA, M.L.A.S.; MERIGHI, M.A.B.; JESUS, M.C.P. Ser enfermeiro tendo sido estudante-trabalhador de enfermagem: um enfoque da fenomenologia social. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 17-23, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 47a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GALVÃO, C. M.; TREVIZAN, M.A.; SAWADA, N.O. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n.4, p. 302-306, 1998.

GELBCKE, F.L.; SOUZA L.A.; DAL SASSO, G.M.; NASCIMENTO, E.; BULB, M.B.C. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n. 1, p. 136-139, 2009.

ITO, E.E.; PERES, A.M.; TAKAHASHI R.T.; LEITE, M.M.J. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

LOURENÇO, M.R.; TREVIZAN, M.A. Líderes de enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança e enfermagem. **Rev. latino-am. Enfermagem**, v.9, n. 3, p.14-19, 2001.

LÜDKE, M. ANDRÉ M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MATTOSINHO, M.M.S.; COELHO, M.S.; MEIRELLES, B.H.S.; SOUZA, S.S.; ARGENTA, C.E. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos enfermeiros-recém-formados em enfermagem. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 466-471, 2010.

MEDINA, N.V.J.; TAKAHASHI, R.T. A busca da graduação em enfermagem como opção dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 4, p. 101-108, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12a. ed. São Paulo: Ucitec, 2010.

MOSCOVICI, F. **A organização por trás do espelho**: reflexos e reflexões. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.

NASCIMENTO, K.C.; ERDMANN, A.L. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. **Rev. Enferm. UFRJ**, v. 14, n. 3, p. 333-341, 2006.

RODRIGUES, F.C.P.; LIMA, M.A.D.S. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.25, n. 3, p. 314-322, 2004.

SANTOS, I.; CASTRO, C.B. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p. 734-42, 2008.

SILVA, D.G.V. et al. Os desafios enfrentados pelos iniciantes na prática de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 511-516, 2010.

VIANNA, L.A.C. Desafios e perspectivas para a Enfermagem na próxima década. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.24, n.5, p.viii, 2011.

5.3.3 Manuscrito 4: Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar

GERENCIAMENTO DE CONFLITOS: DESAFIOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS-LÍDERES NO AMBIENTE HOSPITALAR⁴

RESUMO

Este estudo objetivou compreender os principais conflitos vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar, bem como as estratégias adotadas para seu enfrentamento. A pesquisa retrata uma abordagem qualitativa do tipo descritiva, na qual foi usado o estudo de caso como estratégia de investigação. Participaram do estudo 25 enfermeiros que trabalham em três hospitais da cidade de Florianópolis, Santa Catarina. As informações foram obtidas de maio a dezembro de 2010. Para coleta dos dados realizou-se entrevistas semi-estruturadas, observação não-participante e oficinas dialógicas. Os dados foram analisados por meio da proposta operativa de Minayo. Os resultados demonstram o predomínio de conflitos de origem interpessoal envolvendo a equipe multiprofissional e também entre o enfermeiro e a equipe de enfermagem. A adoção de uma liderança participativa, baseada no diálogo surge como estratégia para o enfrentamento dos conflitos no ambiente hospitalar.

Descritores: Enfermagem; Liderança; Relações interpessoais

ADMINISTRATION OF CONFLICTS: CHALLENGES EXPERIENCED BY NURSING-LEADERSHIP IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

ABSTRACT

This study objective is to understand the main conflicts experienced by nurses-leaders in the hospital environment, as well as the strategies adopted to face them. The study reflects a qualitative descriptive type approach, which was used in the case study as research strategy. 25 nurses that work in three hospitals in the city of Florianópolis, Santa

⁴ Após apreciação da banca examinadora, pretende-se estruturar e encaminhar este manuscrito para a Revista Gaúcha de Enfermagem.

Catarina participated in the study. Information where obtained from the month of May to December of 2010. The data collection was carried out through semi-structured interviews, non-participant observation and dialogical workshop. Data were analyzed using the proposed operative by Minayo. The results demonstrate the predominant interpersonal source conflicts involving the multidisciplinary team and between nurses and the nursing staff. The adoption of a participative leadership, based on dialogue emerges as a strategy for coping with conflicts in the hospital.

Descriptors: Nursing; Leadership; Interpersonal relations

GESTIÓN DE CONFLICTOS: DESAFIOS VIVIDOS POR LOS ENFERMEROS-LÍDERES EN EL AMBIENTE HOSPITALAR

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo comprender los principales conflictos vividos por los enfermeros-líderes en ambiente hospitalar, así como las estrategias adoptadas para su enfrentamiento. La investigación muestra un abordaje de calidad del tipo descriptiva, en la cual fue usado el estudio de caso como estrategia de investigación. Participaron del estudio 25 enfermeros que trabajan en tres hospitales de la ciudad de Florianópolis, Santa Catarina. Las informaciones fueron obtenidas de mayo a diciembre de 2010. Para la recolecta de los datos se realizaron entrevistas semi-estructuradas, observación no-participante y talleres dialógicos. Los datos fueron analizados por medio de la propuesta operativa de Minayo. Los resultados demuestran el predominio de conflictos de origen inter-personal involucrando el equipo multi-profesional y también entre el enfermero y el equipo de enfermería. La adopción de un liderazgo participativo, basada en el diálogo surge como estrategia para el enfrentamiento de los conflictos en el ambiente hospitalar.

Descritores: Enfermería; Liderazgo; Relaciones interprofesionales

INTRODUÇÃO

A educação em enfermagem no país, no decorrer dos anos, vem enfrentando transformações, com intuito de formar recursos humanos com perfil adequado às necessidades de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimentos inovadores, que ofereçam

retorno a sociedade (ERDMANN; FERNANDES; TEIXEIRA, 2011).

A grande preocupação com a formação na enfermagem repercute no trabalho do enfermeiro, que vem destacando-se na área da saúde pela multiplicidade das ações que desenvolve, as quais abrangem o trabalho intelectual, a coordenação da equipe de enfermagem, além da organização e implementação do cuidado (RODRIGUES; LIMA, 2004). Convém lembrar que em 2001 foram estabelecidas as novas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem baseadas em competências, tornando-se imprescindível que o acadêmico de enfermagem desenvolva as seguintes: atuar na atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento, educação permanente e liderança (BRASIL, 2001).

Diante disso, necessita-se cada vez mais de enfermeiros conquistando posições de liderança nos serviços de saúde. Destaca-se que a liderança é reconhecida como um fenômeno de influência grupal, com o intuito de alcançar os objetivos estabelecidos pelo grupo (LOURENÇO; TREVIZAN, 2002). Todavia, em algumas situações, a pessoa influenciada acaba por não reconhecer o poder exercido pelo agente influenciador ou se opõe a ele, passando a agir de modo contrário ao esperado pelo agente, gerando tensões e conflitos no ambiente de trabalho (COSTA; MARTINS, 2011).

No cenário atual, o conflito é um fenômeno esperado nas organizações, compreendido como desacordo resultante de diferenças de ideias, valores ou sentimentos envolvendo duas ou mais pessoas. No início do século XX, os conflitos indicavam problemas na administração e por este motivo o mesmo era velado, ignorado e até mesmo negado, sendo percebido como uma situação destrutiva. A partir da metade do século XX, essa visão modificou-se, e os conflitos passaram a ser aceitos e percebidos como normais, não sendo mais uma probabilidade, mas sim uma certeza, que irá ser vivenciada, mais cedo ou mais tarde, pelos trabalhadores ao exercer suas atividades laborais (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Enfatiza-se que os conflitos podem ter origem intrapessoal, interpessoal e intergrupar. Desta forma, o primeiro representa um conflito com o próprio indivíduo, representando uma luta interna do sujeito para elucidar valores ou desejos contraditórios. O conflito interpessoal é aquele estabelecido entre duas ou mais pessoas que possuem valores, metas e crenças diferentes. Já o conflito intergrupar é estabelecido entre grupos de pessoas, departamentos ou organizações (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Com a gama de responsabilidades atribuídas ao enfermeiro, surge a necessidade de gerenciar conflitos, a qual é uma prática inerente do processo de trabalho do enfermeiro. Neste sentido, torna-se relevante na enfermagem a construção de novas maneiras de gerenciar que abranjam o conhecimento das políticas de saúde e sua operacionalização no contexto nacional e hospitalar, além do aprimoramento de competências e habilidades de liderança e gestão, capazes de contribuir para práticas mais dialógicas e interacionais, nas quais os conflitos não podem ser omitidos (GUERRA et al., 2011).

Frente ao exposto, torna-se imprescindível que os enfermeiros identifiquem a origem dos conflitos e os fatores que contribuem para sua instalação. Desta forma, o estudo em questão tem por objetivo compreender os principais conflitos vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar, bem como as estratégias adotadas para seu enfrentamento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, no qual foi utilizado o estudo de caso como estratégia de investigação, por ser um método aplicado em situações que desejam estudar um fenômeno singular que possua valor em si mesmo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Compuseram o estudo 25 enfermeiros que trabalham em três hospitais de grande destaque em assistência à saúde na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Dentre os participantes, 10 trabalham no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, 10 no Imperial Hospital de Caridade e cinco no Hospital Governador Celso Ramos.

Participaram do estudo, os enfermeiros que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: concordaram em participar da pesquisa, permitiram a gravação das entrevistas e das oficinas dialógicas durante a coleta dos dados, a realização da observação, bem como autorizaram a divulgação dos dados analisados nos meios científicos.

Utilizou-se entrevistas semi-estruturadas, observação não-participante e oficinas dialógicas como técnicas para coleta dos dados. As entrevistas foram realizadas no próprio local de estudo, de forma individual, com data e hora pré-estabelecida, conforme contato prévio com os sujeitos. Construiu-se um roteiro para nortear a coleta. As mesmas foram gravadas e transcritas logo após seu término. Os depoimentos de cada participante foram identificados pelas letras E de entrevista e o número ordinal correspondente a sua realização com os

enfermeiros (E1, E2... E25).

A observação não-participante foi a segunda técnica de coleta dos dados. Se observou em média quatro horas, a rotina de trabalho de cada participante, totalizando 100 horas de observação. As observações foram identificadas pela letra O de observação, seguidas do número ordinal correspondente a cada enfermeiro (O1, O2...O25).

Depois das observações foram realizadas três oficinas, uma em cada hospital, para que os participantes pudessem construir e reconstruir coletivamente seu olhar crítico sobre a temática. Informa-se que os enfermeiros participaram das oficinas realizadas no hospital em que trabalham, não foi possível realizar uma oficina contando com a participação de todos os sujeitos do estudo em um mesmo local, mediante dificuldades encontradas para reuni-los. Cada oficina dialógica durou em média 1 hora e 30 minutos, as mesmas foram gravadas em áudio. Os depoimentos advindos das oficinas dialógicas foram identificados com as letras OD, mais o número ordinal representando cada enfermeiro (OD1, OD2...OD25). Uma das pesquisadoras exerceu o papel de moderadora dos encontros. As informações foram obtidas de maio a dezembro de 2010.

Com a finalidade de analisar os dados utilizou-se a proposta operativa de Minayo (2010), que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro inclui as determinações fundamentais do estudo, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. E o segundo momento denomina-se de interpretativo, pois consiste no ponto de partida e no ponto de chegada de qualquer investigação, representa o encontro com os fatos empíricos. A fase interpretativa apresenta duas etapas: a ordenação dos dados e a classificação dos dados, que inclui a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e a construção do relatório com a apresentação dos resultados.

Respeitaram-se os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo nº 658/10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados obtidos, destaca-se que os conflitos oriundos dos relacionamentos interpessoais predominam, tornando-se um desafio a ser enfrentado pelo enfermeiro em sua prática profissional. Assim, em virtude de sua magnitude emergiram duas categorias:

Gerenciamento de conflitos interpessoais e Estratégias para o enfrentamento de conflitos interpessoais, as quais serão apresentadas na sequência.

Gerenciamento de conflitos interpessoais

Os conflitos provenientes do convívio em grupo, ou seja, dos relacionamentos interpessoais, caracterizam-se como a situação que mais dificulta o desempenho da liderança do enfermeiro no âmbito hospitalar (AMESTOY, 2008). Além disso, o relacionamento interpessoal é considerado um potencial estressor, pois esse relacionamento envolve diversas variáveis individuais e grupais, tornando-se desta forma inviável encontrar um estado capaz de contentar a todos (COSTA; MARTINS, 2011).

Diante da complexidade do trabalho em saúde, os conflitos surgem, também, entre as diversas categorias profissionais. Aspecto observado durante o acompanhamento dos enfermeiros que participaram do estudo em questão.

A psicóloga do hospital vai até o posto de enfermagem para falar com a Enfermeira para que ela explique sobre um ponto infeccionado na ferida operatória de uma paciente. A Enfermeira ao saber qual era a paciente ficou um pouco irritada, pois falou para psicóloga que havia acabado de sair do quarto, que ela havia feito o curativo e que tinha explicado tudo para a paciente. Durante a conversa a Enfermeira diz para a psicóloga: “Isso você não tem que falar”. E explica sobre a retirada do ponto para a psicóloga. O1

O trabalho em saúde caracteriza-se como coletivo e tem como finalidade a ação terapêutica de saúde e como objeto, indivíduos ou grupos doentes ou saudáveis, os quais necessitam de medidas curativas, para promover a saúde ou prevenir doenças (PIRES, 2008). Frente ao exposto, cabe enfatizar que os profissionais da área da saúde possuem seu campo de saber, estabelecendo-se limites quanto a sua atuação, desta maneira, se deve respeitar esses espaços permitindo que o trabalho flua de forma saudável e construtiva.

Outra situação vivenciada no ambiente hospitalar são os desentendimentos entre enfermeiros e médicos. Os conflitos

interpessoais entre estes profissionais costumam interferir no andamento do trabalho em saúde e por consequência, afetar no rendimento e motivação destes trabalhadores, podendo de certo modo interferir na qualidade da assistência aos usuários. Durante a coleta de dados, foi possível observar um participante afirmando a seguinte declaração:

O Enfermeiro perde muito tempo arrumando os prontuários e pedidos de exames e, muitas vezes, referiu que se sente secretário dos médicos, pois esses profissionais pedem tudo para ele, em termos de papéis e de como manusear o sistema no computador. O6

O conflito instituído entre médico e enfermeiro pode ser um dos principais problemas nos serviços de saúde, pois entre estes profissionais costuma se estabelecer um vínculo de trabalho mais estreito. A partir desse conflito, surgem problemas éticos que acabam afetando de modo negativo a relação, acarretando prejuízos no cuidado prestado ao paciente. Diante disso, devem-se destinar esforços para que esses conflitos sejam evitados, ou quando não for possível, buscar a melhor forma para seu enfrentamento (OLIVEIRA et al., 2010).

Quanto à história da organização das profissões de saúde, tem-se um processo de institucionalização centrado na medicina como detentora legal do saber. Mesmo com a relativização do controle médico sobre as demais profissões, os médicos ainda continuam preservando o poder legal sobre o ato assistencial em saúde. Contudo, os demais profissionais de saúde são impedidos de realizar atividades privativas dos médicos, como por exemplo, a realização do diagnóstico clínico-cirúrgico, a decisão sobre a terapêutica e sobre a internação e a alta hospitalar (PIRES, 2008).

Convém enfatizar que parte dos conflitos que ocorrem nas organizações é oriundo de uma distribuição desigual do poder, exigindo dos gestores uma capacidade maior de compreensão e negociação, a fim de solucioná-los (VENDEMIATTI et al., 2010). No entanto, a relação entre médico-enfermeiro pode gerar conflitos, os quais são muitas vezes velados e apresentados como uma discreta disputa de poder, em que ambos desejam confirmar o seu papel principal no tratamento dos pacientes, ou seja, o que prescreve ou o que administra os medicamentos (OLIVEIRA et al., 2010), porém em situações de conflito nos serviços de saúde, normalmente, o médico ainda dá a última palavra, independente de sua decisão estar correta ou não (PIRES, 2008).

Um estudo revela que na área de enfermagem, quando um trabalhador presencia um médico agindo fora da rotina, procede conforme o seu lugar na hierarquia. Deste modo, uma técnica de enfermagem, geralmente, irá suportar que o médico atue da forma que lhe convir, porém, posteriormente, irá informar a situação vivenciada para sua supervisora. Caso uma enfermeira presenciar o problema, ela mesma tomará atitude. Se o médico insistir em atuar fora dos padrões estabelecidos, a situação costuma ser levada a instâncias maiores. Identifica-se que os conflitos não existem abertamente devido à situação de codependência entre as atividades de cada grupo (VENDEMIATTI et al., 2010). Esse resultado é visto como um avanço já que ainda identifica-se em alguns serviços o enfermeiro preso a certo conformismo frente às rotinas e contradições das atividades hospitalares, consequência, de relações de mando e poder (PROCHNOW et al., 2007).

Os conflitos envolvendo a equipe multiprofissional, principalmente, com a figura do médico, consiste em um desafio para o enfermeiro. Desta forma, a causa destes conflitos deve ser desvelada, com a finalidade de buscar soluções e estratégias para seu melhor enfrentamento, pois ambientes onde os conflitos não são enfrentados acabam interferindo no rendimento e na motivação profissional, afetando diretamente a qualidade da assistência.

Conflitos interpessoais envolvendo a equipe de enfermagem também foram vivenciados pelos enfermeiros participantes do estudo. E uma das principais causas é a falta de compromisso dos membros da equipe com algumas atividades, o que acaba acarretando prejuízos para a continuidade do cuidado e desconfortos entre os trabalhadores. Situações desta ordem exigem do enfermeiro uma postura coerente pautado no bom senso e no senso de justiça. A seguir, apresenta-se um episódio observado que representa este tipo de conflito.

Quando terminou a passagem do plantão o Enfermeiro tomou conhecimento que um paciente não havia sido preparado para cirurgia. O Enfermeiro chamou a funcionária da manhã que estava responsável pelo paciente e lhe contou o fato, ela ficou revoltada com a situação e disse que a obrigação de ter dado o banho era do pessoal do plantão da noite. Após expor sua opinião, a técnica de enfermagem foi auxiliar o paciente no banho. O6

Os conflitos entre os profissionais da equipe de enfermagem são os mais marcantes para grande parte dos enfermeiros. Sobram evidências de que esses profissionais se dividem entre o legalismo e as necessidades primordiais, a emoção e a aplicabilidade das normas, os dilemas éticos e a permanência em sua função (GUERRA et al., 2011).

Complementa-se que estes conflitos podem ser expressos claramente, sendo representados pelo aumento das críticas, implicâncias ou discussões entre os membros da equipe. Por outro lado, quando não abertamente demonstrado, o conflito pode causar desmotivação e insatisfação da equipe, repercutindo na diminuição da quantidade e qualidade do trabalho (SALES; LIMA; FARIAS, 2007).

Um dos principais problemas é a dificuldade do trabalhador em dar continuidade às ações da equipe que o precedeu. Deixar alguma atividade para outro horário, ao se tornar um acontecimento constante, é visto como falta de comprometimento e responsabilidade, negligenciando o bom andamento das atividades de enfermagem, e por consequência, o cuidado ao ser humano. Colocando, mais uma vez o enfermeiro frente à necessidade de gerenciar conflitos.

Um conflito implica a desorganização de todos os integrantes da equipe, além disso, evidencia-se o aumento do estresse, devido a falta de participação e co-responsabilização na tomada de decisão, falta de apoio da gerência, sobrecarga de trabalho, exigências por parte da chefia e rápidas mudanças de cunho tecnológico. Pode-se elencar outros fatores que ainda colaboram para o desencadeamento de conflitos, dentre eles: alta rotatividade, invasão do espaço de trabalho por outros profissionais, desrespeito ao trabalhador, déficit de confiança e desvalorização profissional (SALES; LIMA; FARIAS, 2007).

Diante da declaração a seguir, identifica-se a rotatividade como causadora de conflito no ambiente hospitalar.

No sábado faltaram quatro, eu tive que tirar gente da cartola pra poder colocar no plantão geral e daí quando eu tirei me falaram: ah tu não vai tirar?! Eu disse: primeiro eu vou ver, mas se eu tiver que tirar eu vou tirar, infelizmente, eu sei que é ruim, ninguém gosta de sair da sua ala. Antes quando tinha aquele rodízio que a enfermeira ia mudar de ala, ninguém gostava de sair da sua ala. Mas tinha que ser. Então a gente tem que infelizmente se adequar aos acontecimentos. OD10

A intensa rotatividade de profissionais nas unidades é compreendida como um aspecto prejudicial que interfere na qualidade do cuidado (AMESTOY et al., 2009). Sendo assim, a rotatividade também dificulta o estabelecimento de vínculos saudáveis entre os integrantes da equipe, e destes com os usuários e família que utilizam os serviços de saúde (IWAMOTO; ANSELMINI, 2006).

A sobrecarga de trabalho, também foi lembrada como um fator gerador de conflitos, já que o cansaço leva a situações extremas como o descuido ao paciente, problemática que ao ser vivenciada não pode passar despercebida ao olhar do enfermeiro.

Por exemplo, às vezes acontece de um funcionário maltratar um paciente, às vezes, a pessoa tem dois ou três empregos vem pra cá ainda, ela não consegue administrar isso e acaba descontando em alguém, por exemplo, desconta no paciente. E17

Ao presenciar esse tipo de situação, o enfermeiro não pode exitar em tomar uma atitude ou optar por exercer uma liderança liberal, ou seja, não se posicionando e esperando que a equipe resolva o problema. A partir do momento que o cuidado é negligenciado e o ser humano está exposto a riscos é imprescindível que o enfermeiro, enquanto responsável legal pela coordenação das ações realizadas pela equipe de enfermagem adote uma conduta repreensiva e dependendo da gravidade, informe a situação a esferas superiores.

Estratégias para o enfrentamento de conflitos interpessoais

Quanto ao gerenciamento de conflitos emergiu no estudo, algumas estratégias que promovem um melhor encaminhamento para a resolução dos mesmos, dentre elas a adesão do enfermeiro ao um estilo de liderança participativo e dialógico.

Eu não sou dona da verdade, pode uma outra pessoa dentro da minha equipe perceber que seria melhor de uma outra forma, a gente tem que fazer dessa outra forma que é melhor, não é porque ele sugeriu que eu não vou adotar, então o que eu procuro ser tanto aqui, na minha forma de trabalho como na minha vida pessoal, é isso que eu assumo como objetivo realmente, ouvir os outros para poder juntos chegar a uma conclusão

do que é melhor fazer, então a minha liderança é bem participativa. E20

O estilo de liderança consiste no comportamento adotado pelo líder, a fim de influenciar os seus colaboradores, o qual pode ser autoritário, baseado no uso do poder ou democrático, no qual as pessoas têm maior liberdade para participar na tomada de decisões, aspecto que colabora para o aumento da autonomia, além do sentimento de valorização profissional.

A participação surge como um instrumento que colabora para a cooperação e a solução de conflitos. Ao admitir que o conflito provém de fatores organizacionais e individuais, vislumbra-se que utilizar métodos participativos torna-se uma forma eficaz de solução, acomodações ou equilíbrio entre as pessoas e os grupos divergentes (VENDEMIATTI et al., 2010).

Autores mencionam a escuta, o respeito e o diálogo como estratégias de enfrentamento de conflitos, ou seja, como mola propulsora de saída de uma situação problemática para uma possibilidade de resolução (PROCHNOW, 2007). O diálogo foi lembrado pelos participantes deste estudo, sendo representado no seguinte depoimento:

[...] a equipe costuma dar opinião, eu principalmente, costumo deixar bem aberto assim, eu me sinto uma pessoa aberta, e sempre me coloquei a disposição para conversar e para discutir os assuntos com elas e com toda a equipe, para que elas se sintam a vontade e tragam os problemas pra mim, para eu poder ajudar a resolver, para não ficar só no falatório. E18

Para haver participação é preciso o florescimento de relações interpessoais dialógicas no ambiente de trabalho. Neste sentido, o diálogo retrata o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, com a finalidade de pronunciar-lo, não se esgotando na relação eu-tu, por isso não pode reduzir-se a um simples depósito de ideias de um sujeito no outro (FREIRE, 2005).

Convém enfatizar que o diálogo pode ser assimilado como uma relação horizontal de A com B, que se nutre do amor, da humildade, da esperança e fé. Deste modo, apenas o diálogo comunica, mediante o

estabelecimento de uma relação empática (FREIRE, 2005). Acredita-se que uma comunicação clara, na qual a opinião dos colaboradores é levada em consideração, poderá contribuir para a minimização dos conflitos no ambiente de trabalho.

Emerge então, a necessidade de aderir uma nova proposta de liderar, denominada liderança dialógica, que se fundamenta no estabelecimento de um processo comunicacional horizontal, com o intuito de potencializar a autonomia, a co-responsabilização e a valorização dos integrantes da equipe de trabalho e dos usuários dos serviços de saúde, além de auxiliar na tomada de decisões, no planejamento e na implementação das práticas de cuidado (AMESTOY et.al. 2010b). Por meio da fomentação de relações pautadas no diálogo, acredita-se que o enfermeiro poderá gerenciar de forma mais coerente os conflitos emergidos no ambiente de trabalho. Ainda, cabe destacar que é a partir da defesa de suas convicções e pensamentos que homens se diferem entre si, tornando-se seres políticos, conscientes de sua responsabilidade social.

Além de relações dialógicas, também é importante que esta temática seja abordada com mais profundidade durante a graduação de forma a preparar os futuros profissionais para gerenciar conflitos. Um estudo reporta para a necessidade de capacitar os gerentes para lidar com os conflitos e os estimular a criar grupos autoanalíticos, em que seria possível estabelecer um processo de comunicação aberto, sem ruídos, sem pensamentos reservados, oportunizando uma situação de transparência social (CECÍLIO, 2005). Por não estar imerso à problemática torna-se mais fácil identificar os problemas e implementar ações, objetivando solucioná-los.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento deste estudo tornou-se possível identificar os principais conflitos vivenciados pelos enfermeiros-líderes que exercem sua prática no ambiente hospitalar. Destaca-se, como desafios enfrentados pelos enfermeiros, os conflitos de cunho interpessoal envolvendo alguns integrantes da equipe multiprofissional, devido a dificuldades em limitar a atuação de cada profissional em seu campo e vinculadas a relações de poder na área da saúde.

Os conflitos interpessoais entre o enfermeiro e a equipe de enfermagem estão relacionados, principalmente, a falta de continuidade ao trabalho que não foi concluído no turno anterior. A coletividade é a essência do cuidado de enfermagem, sem esta compreensão as pessoas

irão replicar práticas individualistas, fragmentadas e alienantes. E cabe ao enfermeiro evitar a reprodução destas condutas negativas, já que é de sua competência legal coordenar as atividades realizadas pela equipe. Além disso, geram conflitos a conduta inadequada e até mesmo negligenciadora do cuidado aos usuários resultante da sobrecarga de trabalho que estes trabalhadores estão expostos.

Outro aspecto relevante foi a identificação de algumas estratégias que contribuem para o gerenciamento de conflitos como uma liderança dialógica. Se sabe que por se tratar de um estudo de caso, não se pode generalizar os resultados obtidos, pois os mesmos são válidos para a realidade em questão, no entanto, acredita-se que outras instituições e profissionais também enfrentam situações semelhantes. Por este motivo, defende-se na importância da apresentação destes resultados a comunidade científica e a população em geral.

Almeja-se que esta temática seja abordada com mais profundidade pelos docentes, durante o processo de formação de novos enfermeiros-líderes, a fim de que os mesmos desenvolvam habilidades relacionais que contribuam para sua segurança e competência profissional no enfrentamento de situações conflituosas.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S.C. **Liderança como instrumento no processo de trabalho da enfermagem**. 2008. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

AMESTOY, S.C.; CESTARI, M.E.; THOFEHRN, M.B.; MILBRATH, V.M.; PORTO, A.R. Características institucionais que interferem na liderança do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 214-220, 2009.

AMESTOY, S.C.; TRINDADE, L.L.; WATERKEMPER, R.; HEIDMAN, I.T.S.; BOEHS, A.E.; BACKES, V.M.S. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.5, p. 844-847, 2010b.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução No3, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 09 Nov 2001. Seção1. p.37.

CECÍLIO, L.C.O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, 508-516, 2005.

COSTA, D.T.; MARTINS, M.C.F. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder médico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1191-1198, 2011.

ERDMANN, A.L.; FERNANDES, J.D.; TEIXEIRA, G.A. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enfermagem em Foco**, v.2, n.3, p. 89-93, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 47a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GUERRA, S. T.; PROCHNOW, A.G.; TREVIZAN, M.A.; GUIDO, L.A. O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 362-369, 2011.

IWAMOTO, H.H.; ANSEMI, M.L. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Uberaba. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 443-453, 2006.

LOURENÇO, M.R., TREVIZAN, M.A. Liderança situacional: análise de estilo de enfermeiros-líderes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 15, n.1, p. 48-52, 2002.

LÜDKE, M. ANDRÉ M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens

qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARQUIS, B. L.; HUSTON C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12a. ed. São Paulo: Ucitec, 2010.

OLIVEIRA, A.M.; LEMES, A.M.; MACHADO, C.R.; SILVA, F.L.; MIRANDA, F.S. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. **Rev.Bras. Saúde Matern. Infantil**, v. 10, supl.2, p. S433-S439, 2010.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2a. ed. São Paulo: Anna Blume, 2008.

PROCHNOW, A.G.; LEITE, J.L.; ERDMANN, A.L.; TREVIZAN, M.A. O conflito como realidade e desafio cultura no exercício da gerência do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 542-550, 2007.

RODRIGUES, F.C.P.; LIMA, M.A.D.S. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.25, n. 3, p. 314-322, 2004.

SALES, A.A.R.; LIMA, F.R.F.; FARIAS, F.S.A.B. Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde. **RBPS**, v. 20, n. 2, p. 111-115, 2007.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E.S.; FILARDI, F.; BINOTTO, E.; SIMIONI, F.J. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, supl.1, p. 1301-1314, 2010.

5.3.4 Manuscrito 5: Liderança dialógica: estratégias para sua utilização no ambiente hospitalar

LIDERANÇA DIALÓGICA: ESTRATÉGIAS PARA SUA UTILIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR⁵

RESUMO

Objetivo: analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que facilitam a adesão da liderança dialógica no ambiente hospitalar.

Metodologia: A pesquisa retrata uma abordagem qualitativa do tipo descritiva, na qual foi usado o estudo de caso como estratégia de investigação. Participaram do estudo 25 enfermeiros que trabalham em três hospitais da cidade de Florianópolis, Santa Catarina. As informações foram obtidas de maio a dezembro de 2010. Para coleta dos dados realizou-se entrevistas semi-estruturadas, observação não-participante e oficinas dialógicas. Os dados foram analisados por meio da proposta operativa de Minayo. **Resultados:** As estratégias elencadas foram: diálogo, humildade, dar o exemplo, resolutividade, reuniões e trabalho em equipe. **Considerações Finais:** A partir do reconhecimento dessas estratégias, o enfermeiro poderá colocá-las em prática em seu ambiente de trabalho, potencializando o cuidado, por meio de uma liderança baseada no diálogo.

Descritores: Enfermagem; Liderança; Ambiente de trabalho

LEADERSHIP DIALOGUE: STRATEGIES FOR ITS USE IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

ABSTRACT

Objective: to analyze the strategies used by nurses to facilitate the insertion of dialogic leadership in the hospital. **Methodology:** The study depicts a descriptive qualitative type approach, which was used in the case study as research strategy. 25 nurses working in three hospitals in the city of Florianopolis, Santa Catarina participated in the study. Information where obtained through the month of May to December of 2010. The collection of data where realized through the semi-structured interviews, non-participant observation and dialogical workshop. Data

⁵ Após apreciação da banca examinadora, pretende-se estruturar e encaminhar este manuscrito para a Revista Acta Paulista de Enfermagem.

were analyzed by using the proposed operative by Minayo. **Results:** The strategies listed were: dialogues, humility, lead by example, problem solving, meeting and team work. **Conclusion:** Based on the recognition of these strategies, the nurse may put them into practice in their working environment, enhancing care through a leadership based on dialogue.

Descriptors: Nursing; Leadership; Work environment

LIDERAZGO DIALÓGICO: ESTRATEGIAS PARA SU UTILIZACIÓN EN EL AMBIENTE HOSPITALAR

RESUMEN

Objetivo: analizar las estrategias utilizadas por los enfermeros que facilitan la inserción del liderazgo dialógico en el ambiente hospitalar.

Metodología: La investigación muestra un abordaje de calidad del tipo descriptiva, en la cual fue usado el estudio de caso como estrategia de investigación. Participaron del estudio 25 enfermeros que trabajan en tres hospitales de la ciudad de Florianópolis, Santa Catarina. Las informaciones fueron obtenidas de mayo a diciembre de 2010. Para la recolecta de los datos se realizaron entrevistas semi-estructuradas, observación no-participante y talleres dialógicos. Los datos fueron analizados por medio de la propuesta operativa de Minayo. **Resultados:** Las estrategias mencionadas fueron: diálogo, humildad, dar el ejemplo, solución, reuniones y trabajo en equipo. **Consideraciones Finales:** A partir del reconocimiento de esas estrategias, el enfermero podrá colocarlas en práctica en su ambiente de trabajo, potencializando el cuidado, por medio de un liderazgo basado en el diálogo.

Descriptoros: Enfermería; Liderazgo; Ambiente de trabalho

INTRODUÇÃO

A liderança dialógica consiste na capacidade do líder de influenciar seus colaboradores a atuarem de maneira crítica e reflexiva sobre sua práxis, por meio do estabelecimento de um processo comunicacional eficiente (AMESTOY et al., 2010a). O diálogo, na perspectiva Freireana, representa um fenômeno humano, que não pode ser reduzido ao simples depósito de ideias de um sujeito no outro, por se tratar do encontro entre os homens, enquanto seres pensantes, para problematizar situações com a finalidade de alterar a realidade na qual

estão inseridos (FREIRE, 2005).

No entanto, é relevante esclarecer que o diálogo entre os sujeitos não os torna iguais, porém indica a posição democrática entre eles. O diálogo tem significado porque os sujeitos dialógicos não apenas conservam sua identidade, mas a defendem, crescendo um com o outro, conseqüentemente, o diálogo não nivela, não gera reducionismos, pelo contrário impulsiona o respeito entre as pessoas engajadas (FREIRE, 2005).

Em oposição ao diálogo tem-se o anti-diálogo, que implica uma relação de A sobre B, o mesmo é desamoroso, nega a humildade e a esperança, rompendo com a relação de empatia, que caracteriza o diálogo. Assim, no anti-diálogo não há comunicação, faz-se comunicados (FREIRE, 2007). O anti-diálogo resulta de relações verticais, nas quais as decisões são tomadas de cima para baixo, não havendo abertura para a participação.

Muitas vezes, as pessoas recusam a inserção do diálogo em sua prática profissional, por receio que isto interfira em sua autoridade. Lembra-se que o enfermeiro possui autoridade legal para exercer a profissão e coordenar as ações da equipe de enfermagem. Desta forma, a adoção de uma postura democrática e participativa, não irá prejudicar em nada o trabalho, ao contrário, poderá aproximar os sujeitos envolvidos e possibilitar trocas de saberes e crescimento mútuo.

Complementa-se que o líder não nasce pronto, sendo assim, sua construção dar-se-á no decorrer de sua formação pessoal e profissional. Os enfermeiros que desejam prosperar enquanto líder da equipe de enfermagem, precisam desenvolver e aprimorar algumas características, tais como: comunicação, domínio do conhecimento, responsabilidade, bom senso e autoconhecimento (AMESTOY et al., 2009a). Tais habilidades poderão facilitar o exercício de uma liderança crítica e consciente, baseada no diálogo e no respeito ao ser humano.

Frente ao exposto construiu-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que facilitam a inserção da liderança dialógica no ambiente hospitalar?

Neste sentido, objetivou-se com o desenvolvimento deste estudo, analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que facilitam a adesão da liderança dialógica no ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

O estudo representa uma abordagem qualitativa do tipo descritiva, na qual se optou pelo estudo de caso como estratégia de

investigação, por representar método utilizado em situações que desejam estudar um fenômeno singular que possua valor em si mesmo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Fizeram parte do estudo 25 enfermeiros interessados em discutir e refletir sobre liderança na enfermagem. Destes, 10 trabalham no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, 10 no Imperial Hospital de Caridade e cinco no Hospital Governador Celso Ramos. Estas instituições hospitalares foram escolhidas por serem referência em assistência à saúde na cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

Cabe informar que foram convidados a participar do estudo, enfermeiros que exercem sua prática nos hospitais em questão, os quais possuíam até seis anos de formação. Escolheu-se este período, com o intuito de contemplar enfermeiros formados segundo as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais. Os sujeitos concordaram em participar da pesquisa, permitiram a gravação das entrevistas e das oficinas dialógicas durante a coleta dos dados, a realização da observação, bem como autorizaram a divulgação dos dados analisados nos meios científicos.

Para a coleta dos dados utilizou-se as seguintes técnicas: entrevistas semi-estruturadas, observação não-participante e oficinas dialógicas. As informações foram coletadas de maio a dezembro de 2010.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de estudo, de forma individual, com data e hora pré-estabelecida, conforme contato prévio com os participantes. Elaborou-se um roteiro para nortear a coleta. As entrevistas foram gravadas e transcritas logo após seu término. Os depoimentos de cada sujeito foram identificados pelas letras E de entrevista e o número ordinal correspondente a sua realização com os enfermeiros (E1, E2... E25).

A observação não-participante correspondeu a segunda técnica de coleta dos dados. Se observou em média quatro horas, a rotina de trabalho de cada participante, totalizando 100 horas de observação. As observações foram identificadas pela letra O de observação, seguidas do número ordinal correspondente a cada enfermeiro (O1, O2...O25).

Também foram realizadas três oficinas, uma em cada hospital, a fim de proporcionar a discussão em grupo sobre a temática. Destaca-se que os enfermeiros participaram das oficinas realizadas no hospital em que trabalham, não foi possível realizar uma oficina com todos os sujeitos do estudo em um mesmo local, mediante dificuldades encontradas para reuni-los. Cada oficina dialógica durou em média 1

hora e 30 minutos, as mesmas foram gravadas em áudio. Os depoimentos oriundos das oficinas dialógicas foram identificados com as letras OD, mais o número ordinal representando cada enfermeiro (OD1, OD2...OD25).

Com o intuito de analisar os dados utilizou-se a proposta operativa de Minayo (2010), que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro inclui as determinações fundamentais do estudo, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. E o segundo momento denomina-se de interpretativo, pois consiste no ponto de partida e no ponto de chegada de qualquer investigação, representa o encontro com os fatos empíricos. A fase interpretativa apresenta duas etapas: a ordenação dos dados e a classificação dos dados, que inclui a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e a construção do relatório com a apresentação dos resultados.

Durante a realização da pesquisa foram respeitados os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo nº 658/10.

RESULTADOS

Ao analisar o perfil dos 25 enfermeiros que participaram do estudo, convém informar que o tempo de formação variou de seis anos a sete meses, 23 foram graduados em três diferentes instituições de ensino superior de Santa Catarina, um formou-se em uma universidade no Rio Grande do Sul e outro no Paraná. Predominou o sexo feminino, sendo 24 enfermeiras. No que tange o aprimoramento profissional, 11 possuem apenas a graduação em enfermagem, oito estão cursando especialização, três já são especialistas e três cursam o mestrado em enfermagem. Dentre os participantes nove possuíam o curso técnico de enfermagem. Ao verificar as unidades, nas quais atuavam os participantes, destaca-se que 20 trabalhavam em unidades de internação médica e/ou cirúrgica, três no setor de ortopedia, um na pediatria e um na emergência.

Após a análise dos dados obteve-se uma grande categoria, a qual foi denominada de Estratégias utilizadas pelos enfermeiros que facilitam a inserção da liderança dialógica no ambiente hospitalar, sendo esta composta pelos seguintes elementos: **diálogo, humildade, dar o exemplo, resolutividade, reuniões e trabalho em equipe**. Desta forma, apresentam-se na sequência, as principais estratégias elencadas pelos enfermeiros durante a realização desta pesquisa.

A primeira estratégia refere-se ao diálogo, o qual foi destacado como elemento chave na condução das relações no ambiente de trabalho. Este resultado fortalece a adoção de um estilo de liderança democrático e horizontal, capaz de aproximar os sujeitos dialógicos.

Eu acho que o diálogo é a principal. Como fazer as coisas conversando tanto com o paciente como quem está cuidando dele, com o médico. Eu acho que isso é super importante assim, desenvolver uma liderança com base no diálogo, na conversa, acho que isso é primordial pra satisfação de todos (E5).

[...] não tem como acontecer se não tiver comunicação. Então assim, não adianta, todo mundo tem diferenças, todo mundo tem as suas questões pessoais, todo mundo tem os seus problemas. Mas as coisas têm que ser ditas, porque se elas não são ditas eu não tenho como adivinhar, se eu fiz alguma coisa errada, isso tem que ser dito pra mim, se alguém fez, tem que ser dito e se foi feito certo, tem que ser dito, entende, tem que ser dito, tem que agradecer, tem que estimular a equipe, tudo vem da comunicação, um olhar, um sorriso, tudo é comunicação e de tudo isso depende a liderança. (E21)

A humildade também emergiu como estratégia que facilita as relações entre o enfermeiro e equipe de enfermagem. Por meio deste posicionamento, o líder poderá angariar confiança, pois não se trata de humildade no sentido de sujeição, mas sim no sentido intelectual, pois sempre o aprendiz terá alguma coisa para aprender e deste modo, os profissionais devem estar acessíveis e abertos para novas possibilidades de aprendizado.

[...] se eu não sei, eu digo que eu não sei, nunca fiz, como é que é, me ensina, eu acho que é assim que a gente tem que aprender, a gente não sabe tudo(E4).

[...] me posiciono de forma humilde pra conversar, não sou uma pessoa boba, de chegar dando uma de galo num setor que é novo, que eu não conheço, que eu não domino. Eu chego

sempre de forma humilde, então todas me ajudaram sem exceções, todas as enfermeiras estiveram prontas a me ajudar e eu agradeço por isso sim (E20).

Lembrando que a liderança caracteriza-se como a capacidade do líder de exercer influência, verificou-se que os profissionais que conseguirem de fato influenciar seus colaboradores serão visualizados como exemplo para a equipe. Desta forma, dar o exemplo consiste em outra estratégia relevante a ser desenvolvida pelos enfermeiros que desejam assumir posições de liderança.

De tu fazeres um procedimento nas técnicas corretas e aí o técnico te observa e depois reproduz esse procedimento com as técnicas corretas. É você agir numa discussão com respeito e depois nas próximas discussões ter também o respeito de volta. Eu acho que isso que é um exemplo, não que a gente fica regravando ou determinando, quero que tu faça assim, mas isso intrinsecamente é difundido e passa a ser praticado(E6).

Além do cuidado com o paciente durante a visita, eu sei trocar fraldas, sei puncionar, sei mudar o paciente de decúbito e pra eles isso é bem importante. Se estão todos ocupados, medicando, eu falo que vou lá fazer. No começo eles diziam “tu vai lá fazer isso?” Isso também faz parte do papel da enfermeira (E7).

Ser resolutivo frente aos problemas emergidos no ambiente de trabalho compõe outro aspecto importante, o qual foi valorizado pelos participantes do estudo. Assim, o enfermeiro destaca-se na área da saúde por sua capacidade de promover transformação, superando as situações limitadoras que possam surgir nos serviços de saúde.

Liderança eu acho que é resolutividade. Eu entendo como resolutividade para qualquer situação, porque se não tiver uma resolutividade, se não tiver uma pessoa que encaminhe, não que resolva, porque o fato de ser líder não significa que ele seja o salvador da pátria, mas eu acho é,

resolutividade no sentido dele conseguir subsídios para melhorar uma situação, para melhorar uma rotina, para melhorar uma escala (E12).

Ah! Faltou determinada coisa, eu vou atrás pra resolver esse problema; Ah! teve um problema com o fulano, vou estar resolvendo isso; então tu ter solução pra aquilo que elas procuram, não simplesmente ouvir e deixar (E4).

A realização de reuniões periódicas também foram compreendidas, como estratégias que facilitam a adoção da liderança dialógica no ambiente hospitalar, por caracterizarem-se em momentos propícios para discussão, reflexão e aproximação entre os profissionais.

[...] eu gosto muito de fazer reunião. Eu acho que a reunião lembra coisas que precisam ser melhoradas, são acertadas, coisas que precisam ser modificadas. Então, eu acho que o fato de ter uma reunião pelo menos, sei lá, trimestral, seria de fundamental importância, então eu que estou falando de fazer essa reunião, a gente está tendo necessidade de colocar algumas coisas em pratos limpos, a equipe é boa, mas sempre tem alguma coisa (E20).

[...] fazendo pequenos encontros assim de tempo em tempo, mesmo que informais, pra poder esclarecer as coisas assim, então não deixar o dito pelo não dito, se acontece alguma coisa que ficou mal resolvida, um desentendimento, já resolver e já deixar o grupo confortável, sem aquela coisa da especulação (E21).

Trabalhar em equipe compõe a última estratégia enfatizada pelos participantes, por compreenderem que o trabalho na enfermagem representa um processo coletivo.

Uma coisa fundamental também é que não adianta tu teres um excelente conhecimento científico, uma excelente ideia se tu não tiveres o apoio, se não tiver a colaboração do grupo. Porque o grupo é imprescindível. A colaboração de todos para chegar num objetivo final. Se tens

uma ideia brilhante e se não consegues nem transmitir isso pra equipe, se não tens o apoio da tua equipe, não adianta. Aquilo ali vai ficar estagnado, ninguém executa (OD21).

Enfermeira encaminha um paciente para fazer ecocardiograma e aguarda a realização do exame, já que todos os técnicos de enfermagem estão realizando cuidados integrais aos demais pacientes (O24).

DISCUSSÃO

Em se tratando de liderança dialógica, ficou evidente a necessidade de utilizar o diálogo enquanto estratégia para facilitar a comunicação no ambiente de trabalho, bem como potencializar a liderança do enfermeiro.

Ao abordar o **diálogo**, primeiramente, torna-se relevante destacar que não há palavra verdadeira que não seja práxis, ou seja, reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo, sem ela é impossível a superação da contradição entre opressor-oprimidos, ou seja, superação de relações inflexíveis e autoritárias. A palavra verdadeira implica na transformação do mundo. Deste modo, não é no silêncio que os homens se constituem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. Dizer a palavra não pode ser privilégio de alguns, mas direito de todos, assim, ninguém pode dizer a palavra verdadeira no isolamento, ou dizê-la para os outros como um ato prescritivo (FREIRE, 2005).

Por esse motivo, o diálogo representa o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, a fim de pronunciá-lo, não se esgotando na relação eu-tu. Trata-se de uma necessidade existencial do ser humano, na qual é a partir do encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos para transformar e humanizar o mundo, não podendo reduzir-se a um simples ato de depositar ideias de um sujeito no outro. Salienta-se que o diálogo não pode ser reconhecido como uma estratégia de que um sujeito se utilize para a conquista do outro. Essa conquista que o diálogo abrange é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro, ou seja, consiste na conquista do mundo para libertação dos homens (FREIRE, 2005).

Reforça-se ainda que o diálogo por representar uma relação eu-tu,

implica na relação entre dois sujeitos. Contudo, cada vez que o tu desta relação é resumido a um mero objeto se terá pervertido a ação dialógica (FREIRE, 2011). Ao estender o olhar da formação de enfermagem para o exercício da profissão, visualiza-se que a autenticidade do diálogo facilita as relações interpessoais, além disso, faz com que os sujeitos se sintam valorizados e conscientes da importância de seu papel social.

No cenário da saúde, cabe ao enfermeiro o gerenciamento do cuidado, a execução de atividades administrativas, educativas e de pesquisa, a fim de aprimorar a prática profissional (GALVÃO; TREVIZAN; SAWADA, 1998). Frente ao exposto, seu processo de trabalho envolve o ato de cuidar e o educar, sem que haja o depósito de conhecimentos e sua absorção passiva pelos sujeitos, o qual na perspectiva freireana denomina-se de educação bancária (FREIRE, 2005).

Emerge então, a relevância de inserir o diálogo freireano no cotidiano do enfermeiro, em termos de relacionamento interpessoais com os membros da equipe de enfermagem e com os usuários dos serviços de saúde. Trata-se de relações dialógicas autênticas de A com B e não de A sobre B, as quais podem beneficiar os profissionais que estiverem sensibilizados quanto a sua importância, no sentido de possibilitar uma relação horizontal, mediante a exposição aberta de ideias, tendo como foco o cuidado de enfermagem.

No que concerne as atividades de educação em saúde, o enfermeiro tem a responsabilidade de valorizar os conhecimentos advindos do senso comum, já que ninguém educa ninguém e nem tampouco ninguém educa a si mesmo, mas sim, os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo (FREIRE, 2005). Com base nisso, busca-se tornar as pessoas mais conscientes e coerentes de sua realidade concreta, a fim de superar a prática educativa baseada em um modelo de comunicação verticalizado, ou seja, um discurso monológico, em que uma pessoa fala a outra e não “com” a outra (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Vislumbra-se também que o diálogo pode ser assimilado como uma relação horizontal de A com B, que se nutre do amor, da humildade, da esperança e fé. Apenas o diálogo comunica através do estabelecimento de uma relação empática (FREIRE, 2005, 2007).

A **humildade**, enquanto construto do diálogo, também foi reconhecida, como uma estratégia, por aproximar o líder e seus colaboradores, pois onde não há humildade não há diálogo. A pronúncia do mundo realizada pelos homens não pode constituir-se em uma ação

arrogante, já que os homens que não possuem humildade ou a perdem, distanciam-se dos demais, tornando-se incapazes de agir como seres de pronúncia do mundo.

Pode-se afirmar com base no pensamento freireano, que a humildade manifesta-se como uma preciosa certeza: a de que ninguém é superior a ninguém. Por isso, a carência de humildade, anunciada na arrogância e na falsa superioridade de um ser sobre o outro exprime uma transgressão da condição humana (FREIRE, 1996). É nas relações de poder construídas no ambiente de trabalho que se observa, muitas vezes, a falta de humildade.

A humildade representa uma virtude que deve ser cultivada, principalmente pelas pessoas que desejam assumir posições de liderança. Ser humilde é condição *sine qua non* para o enfermeiro-líder que almeja angariar confiança e exercer influência positiva em sua prática. Compete a este profissional aceitar novas opiniões, já que o homem é um ser inacabado e inconcluso, em constante transformação e aprendizado, bem como promover a participação de seus colaboradores visando fomentar um processo decisório horizontal, estando aberto para o diálogo verdadeiro, caso contrário tem-se um ditador, com atitudes cristalizadas e inflexíveis e não um agente de transformação, inserido no mundo e capaz de criá-lo e recriá-lo.

Para os participantes, um enfermeiro-líder que busca influenciar a equipe pelas suas atitudes, sendo o primeiro a **dar o exemplo** no ambiente de trabalho e que adota uma postura imparcial, fundamentada na justiça, colhe o respeito e obtém confiança de seus colaboradores. Os sujeitos associam dar o exemplo à participação ativa do enfermeiro no cuidado, atuando junto à equipe de forma participativa e estando disponível a auxiliar o grupo quando se fizer necessário. O profissional que tem este olhar compreensivo e que, além disso, tem competência técnico-científica é bastante valorizado pelos membros da equipe.

Diante disso, o enfermeiro que almeja influenciar de modo positivo sua equipe necessita dar o exemplo e utilizar com coerência suas palavras e ações. As pessoas que não conseguem estabelecer uma relação harmoniosa entre o falar e o fazer acabam perdendo a confiança e a credibilidade de seus colaboradores e, por consequência abalando a sua própria liderança (AMESTOY, 2009b).

O estabelecimento de laços de confiança também representa um pré-requisito para a formação de relações dialógicas entre os diversos atores sociais. A confiança intensifica o companheirismo entre os sujeitos dialógicos, por isso sugere o relato que um sujeito transmite aos demais de suas autênticas intenções. Portanto, um falso amor, uma falsa

humildade e a descrença nos homens não podem gerar confiança (FREIRE, 2005). Sabe-se que problemas de relacionamentos interpessoais consistem em um dos principais conflitos enfrentados pelos enfermeiros no seu ambiente de trabalho, aspecto que põe em foco, ainda mais a importância da manutenção de relações pautadas no exemplo, na confiança e no diálogo.

A **resolutividade** foi outra estratégia enfatizada pelos enfermeiros. Na visão dos participantes do estudo em questão, ser resolutivo não reflete, exatamente, solucionar o problema, porque possuem a consciência que nem sempre a solução está nas mãos do enfermeiro, ou seja, em sua alçada, mas se refere à boa vontade deste profissional em se expor, ir a busca e não ficar passivo esperando que as soluções caiam do céu.

Ao abordar esta questão, ressalta-se que o homem não é um ser de adaptação, pois adaptar significa acomodar, não transformar. O vir a ser sujeito de transformação, implica estar no mundo e perceber-se como um ser relacional, que não se adapta ao mundo, mas que almeja inserir-se nele através de uma postura que luta para não ser somente um objeto, mas um sujeito histórico (FREIRE, 1996). A resolução de problemas é inerente ao trabalho do enfermeiro. No entanto torna-se necessário que estes profissionais promovam atitudes pró-ativas que refutem a acomodação, e que potencializem mudanças, escolhas e novos olhares frente à realidade.

As **reuniões** também emergiram como estratégias, sendo vislumbradas pelos participantes, como encontros formais e informais, as quais podem ser realizadas com data e hora marcada previamente ou até mesmo, em conversas rápidas, durante a passagem do plantão.

As reuniões auxiliam de modo significativo no estabelecimento de vínculos profissionais, devendo ser interpretadas como momentos para propiciar o retorno à equipe de sua atuação, oportunizar espaços para reivindicações e reclamações, bem como momentos privilegiados de integração entre os membros da equipe, favorecendo o aprimoramento das relações interpessoais e minimizando conflitos (THOFERN; LEOPARDI, 2006).

Sugere-se, partindo do pensamento freireano, que as reuniões no ambiente de trabalho, poderiam ser organizadas conforme os princípios do Círculo de Cultura, no qual as pessoas são dispostas ao redor de uma roda, fazendo com que ninguém ocupe um lugar de destaque. O círculo costuma deixar as pessoas mais à vontade para participar, e ainda, ser vistas e ouvidas. Além disso, as reuniões representam um espaço de

encontro e descoberta do outro enquanto ator social, detentor de aspirações, sentimentos e vivências, as quais necessitam ser desveladas, mediante o diálogo grupal, a participação nas discussões, a troca de conhecimentos e experiências (AMESTOY, 2010b).

Mesmo sendo destacadas como estratégias, algumas pessoas as relacionam com a existência de problemas. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo, no qual as reuniões ainda despertam medo e certo receio, sendo associadas a brigas e conflitos no contexto do trabalho. Todavia, cumpre esclarecer que as reuniões não são realizadas apenas para solucionar conflitos, mas para preveni-los, por meio de um processo comunicacional horizontalizado. Deste modo, reuniões periódicas podem colaborar para o aumento da confiança na equipe, e por consequência, fortalecer a liderança do enfermeiro (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

A habilidade de trabalhar com pessoas é outra estratégia essencial a ser incorporada pelo líder no ambiente hospitalar. A centralidade do **trabalho em equipe** encontra-se no esforço coletivo em alcançar os objetivos estabelecidos pelo cultivo de um clima de confiança, respeito, cooperação e um processo de comunicação horizontal (ABREU et al., 2005). Salienta-se que um bom relacionamento entre enfermeiro-líder e equipe possibilitará o desenvolvimento de um trabalho criativo, no qual o cuidado possa ser desempenhado de forma humana, ética e integral (AMESTOY, 2008).

No entanto, enfatiza-se que a aceitação do enfermeiro pela equipe caracteriza-se em um aspecto indispensável para o bom andamento do serviço. A integração na equipe é fomentada quando seus integrantes estão satisfeitos com o que fazem e estão abertos para trabalhar em equipe, mediante o compartilhamento de informações, bem como o desenvolvimento das atividades em parceria e apoio mútuo (MATTOSINHO et al., 2010). Saber trabalhar em equipe consiste em uma habilidade essencial para o enfermeiro, mesmo porque o trabalho em enfermagem é regido pela coletividade.

Acredita-se que as estratégias emergidas no estudo podem instrumentalizar o enfermeiro-líder e fortalecer a liderança dialógica, a qual pode ser compreendida como uma nova proposta de liderar na enfermagem. Percebe-se a articulação entre cada estratégia, pois para utilizar-se do diálogo é imprescindível que os profissionais tenham humildade e saibam dar o exemplo à equipe. Da mesma forma que também podem encontrar-se aproximações entre resolutividade, reuniões e trabalho em equipe, pois entende-se que só será resolutivo o enfermeiro que saiba trabalhar em equipe e para que esta relação flua de

modo saudável, tem-se como estratégia a realização de reuniões periódicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo permitiu a análise das estratégias utilizadas pelos enfermeiros que facilitam a inserção da liderança dialógica no ambiente hospitalar. A partir do seu reconhecimento, o enfermeiro poderá colocá-las em prática em seu ambiente de trabalho, potencializando o gerenciamento do cuidado e da equipe de enfermagem, colaborando para a melhor qualidade da assistência.

Defende-se a importância desta proposta de liderança na enfermagem, pois é através do diálogo, que o homem difere-se dos demais, tornando-se um ser singular, capaz de produzir inovações, transpor limites e transformar o contexto social. A relevância do estabelecimento de relações dialógicas repercute de modo positivo, tanto na formação, possibilitando a aproximação de docentes e discentes, a partir do desenvolvimento de relações empáticas, as quais valorizam as contribuições de cada sujeito histórico, favorecendo a construção e reconstrução de um conhecimento crítico, criativo e reflexivo, bem como durante o exercer da profissão, no âmbito hospitalar, onde é indispensável que o enfermeiro utilize o diálogo para tomar decisões e gerenciar conflitos, vivências frequentes em seu processo de trabalho.

Acredita-se que para o enfermeiro estar apto a utilizar as estratégias elencadas nesta pesquisa, o mesmo necessita estar exposto a uma educação que promova sua liderança, a prática do diálogo e sua autonomia, desde os semestres iniciais de sua formação. Uma educação capaz de superar as disparidades sociais, econômicas, culturais, dentre tantas outras. Além de despertar no educando, independente de sua realidade, um olhar crítico e o potencial para intervir no mundo, consciente de seu poder de transformação.

REFERÊNCIAS

ABREU, L. O. et al. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 58, n. 2, p. 203-207, 2005.

ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M.A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 315-319, 2007.

AMESTOY, S.C. **Liderança como instrumento no processo de trabalho da enfermagem**. 2008. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

AMESTOY, S.C.; CESTARI, M.E.; THOFEHRN, M.B.; MILBRATH, V.M. Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.5, p. 673-678, 2009a.

_____. As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n.4, p. 617-624, 2009b.

_____. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.5, p. 844-847, 2010a.

_____. Enfermeiras refletindo sobre seu processo de trabalho. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 158-163, 2010b.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 14a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. **Educação e mudança**. 30a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 47a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GALVÃO, C.M.; TREVIZAN, M.A.; SAWADA, N.O. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n.4, p. 302-306, 1998.

LÜDKE, M. ANDRÉ M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MATTOSINHO, M.M.S. et al. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos enfermeiros-recém-formados em enfermagem. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 466-471, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12a. ed. São Paulo: Ucitec, 2010.

MONTEIRO, E.M.L.; VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.3, p. 397-403, 2010.

THOFEHRN, M.B.; LEOPARDI, M.T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 409-417, 2006.

6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A liderança consiste em uma competência profissional do enfermeiro, a qual se caracteriza, neste estudo, como a capacidade do líder em influenciar as pessoas, por meio do diálogo, com a finalidade de alcançar os objetivos estabelecidos pelo grupo, que no caso da enfermagem, reporta-se ao cuidado ao ser humano.

Para o desenvolvimento deste estudo, buscou-se suporte no referencial Freireano, por proporcionar um olhar diferenciado e crítico frente às questões educacionais, o qual tornou possível construir novas perspectivas sobre a formação do enfermeiro-líder.

Paulo Freire, enquanto educador lutou pela superação das disparidades entre opressores e oprimidos, vendo na alfabetização uma possibilidade de minimizar as desigualdades sociais. Para tanto, levava em consideração o contexto dos homens e mulheres, partindo da leitura de seu mundo, a fim de transformá-lo. Vivenciou como é ser oprimido, ao ser exilado durante o regime militar, passando 16 anos fora do país. Mesmo assim, nunca desistiu de seus ideais, engajando-se no processo de alfabetização e democratização em outros países da América Latina e África.

Ao analisar suas obras, destacam-se alguns conceitos principais, que interferem na formação do enfermeiro-líder, tais como: a educação bancária e libertadora. Na educação bancária, o educador assume a centralidade do ensino, ou seja, o protagonismo, por ser o detentor do conhecimento, que deve ser transmitido ao educando, que tem a função de absorvê-lo de forma passiva, não sendo permitidos questionamentos, muito menos críticas. Esta forma de educação anula a criatividade e criticidade do educando, aspecto que interferirá na prática, quando o mesmo estiver inserido no ambiente hospitalar. Aulas expositivas e leituras excessivas caracterizam este modelo de educação tradicional, o qual demonstra a preocupação do docente em dar conta do conteúdo programático, estabelecido nos planos de disciplinas, cabendo ao discente decorar e devorar os livros, sem a devida compreensão do objeto de estudo.

Em contrapartida, tem-se a educação libertadora, que se preferiu intitular neste estudo de educação dialógica. O diálogo, a partir da perspectiva Freireana, representa o encontro entre os homens, não podendo ser reduzido ao depósito de ideias de um sujeito no outro, pois vai além de uma simples conversa, trata-se de um processo

comunicacional horizontal, pautado no amor, na humildade, na esperança e na fé. Sabe-se que nos dias de hoje, colocar em prática o diálogo exige das pessoas humanidade, ética e empatia, características pouco observadas na sociedade atual, na qual infelizmente perdura o individualismo e a falta de compaixão. Por isso mesmo, o legado de Freire estimula a reflexão sobre alguns aspectos que precisam ser revistos e superados, a fim de que se possa potencializar a capacidade transformadora das pessoas.

No cenário acadêmico, partindo-se do pressuposto de que ninguém educa ninguém, mas que os homens se educam mediatizados pelo mundo, a educação dialógica emerge como possibilidade de aproximação entre educador e educando, buscando facilitar a socialização e construção de novos saberes, partindo de sua realidade.

Enquanto docente, percebo a necessidade, cada vez mais presente, de pensar e repensar os caminhos da educação, a fim de oportunizar aos educandos uma aprendizagem significativa, na qual a sala de aula possa abrir espaço para o diálogo, interação, responsabilidade do educador e educando pela busca incessante do conhecimento. Mediante o empenho coletivo poder-se-á refutar práticas autoritárias que domesticam e limitam o pensar crítico por práticas que estimulam dizer a palavra verdadeira, diferenciando os homens entre si, tornando-os seres políticos.

Neste momento de conclusão do estudo, mesmo tendo consciência de que se trata de considerações parciais, cabe retomar os objetivos, com a finalidade de analisar se os mesmos foram alcançados.

Primeiramente, buscou-se aproximar-se do tema por meio do resgate da produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem produzida nos anos de 1999-2008. Ao realizar uma revisão bibliográfica na base de dados LILACS, encontrou-se 57 publicações, predominando artigos originais, com metodologia descritiva e diversas técnicas de coletas dos dados. Identificou-se que as produções foram em sua maioria brasileiras, sendo essa temática pouco investigada na América Latina. O ambiente hospitalar predominou como local do estudo acredita-se que isso se deve a grande preocupação dos pesquisadores frente às dificuldades encontradas por alguns enfermeiros em exercer a liderança nesse contexto. Também foi possível verificar a escassa utilização de Teorias de Liderança fundamentando os estudos, resultado que pode contribuir para a pouca instrumentalização dos enfermeiros para utilizar a liderança nos serviços de saúde. Essa revisão bibliográfica desperta para a necessidade da adoção de projetos de educação permanente nos serviços de saúde, objetivando preparar os

profissionais para exercer esta competência profissional.

Sobre os 25 enfermeiros que participaram do estudo e exercem sua prática no âmbito hospitalar, cabe destacar que o tempo de formação de sete meses ao tempo máximo de seis anos, 23 foram graduados em três diferentes, instituições de ensino superior de Santa Catarina. Houve o predomínio do sexo feminino, sendo 24 enfermeiras. Frente ao aprimoramento profissional, 11 possuem graduação, oito estão cursando especialização, três são especialistas e três cursam o mestrado em enfermagem. Dentre os participantes nove possuíam o curso técnico de enfermagem e já trabalharam na área da saúde. Ao analisar as unidades de atuação dos participantes, informa-se que 20 trabalhavam em unidades de internação médica e/ou cirúrgica, três no setor de ortopedia, um na pediatria e um na emergência.

Dentre os objetivos buscou-se conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança. Percebeu-se a ênfase do tecnicismo na formação, além disso, os participantes possuem dificuldades em exercer a liderança no ambiente hospitalar e acreditam que isso se deve ao pouco destaque atribuído ao ensino da liderança durante a formação acadêmica. As práticas pedagógicas adotadas pelos docentes se aproximam das características da educação bancária. Quando acadêmicos, os enfermeiros valorizavam de certa forma a educação tradicional, tendo dificuldades em aceitar métodos participativos, que estimulam a criticidade e autonomia, diante da comodidade de receber o conhecimento pronto, ou seja, transferido pelo educador. Vários participantes declararam que o ensino da liderança tem ficado restrito aos últimos semestres da graduação, por esse motivo, a adesão ao ensino, transversal, da liderança e a educação permanente no ambiente hospitalar constituem-se em estratégias que facilitam a formação de enfermeiros-líderes.

Também se objetivou identificar os desafios vivenciados no cotidiano profissional, por enfermeiros que foram técnicos de enfermagem. Ser enfermeiro e exercer a liderança da equipe de enfermagem consiste em um dos principais desafios, devido ao reengajamento na equipe e as dúvidas de como se posicionar frente a seus antigos companheiros de trabalho. O domínio da habilidade técnica emerge como um aspecto facilitador, por ser uma característica valorizada pela equipe de enfermagem. A ascensão profissional pode promover mudanças tanto positivas quanto negativas no trabalho, por isso, estimula-se o trabalho em equipe, fundamentado em relações dialógicas, distanciando-os de relações de poder autoritárias e verticais.

Quanto à compreensão dos principais conflitos vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar, bem como as estratégias adotadas para seu enfrentamento, constatou-se o predomínio de conflitos de origem interpessoal envolvendo a equipe multiprofissional e de enfermagem. Os primeiros ocorrem devido a relações de poder e de dificuldades em limitar as ações de cada profissional em seu campo de atuação, já os conflitos entre o enfermeiro e a equipe de enfermagem estão relacionados principalmente a falta de continuidade no trabalho. Novamente, o diálogo foi elencado como um instrumento capaz de contribuir com a liderança do enfermeiro e minimizar os conflitos interpessoais.

E, finalmente, ao analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que facilitam a inserção da liderança dialógica no ambiente hospitalar, destaca-se: diálogo, humildade, dar o exemplo, resolutividade, reuniões e trabalho em equipe. A partir do reconhecimento dessas estratégias, o enfermeiro poderá colocá-las em prática em seu ambiente de trabalho, potencializando o cuidado, por meio de uma liderança baseada no diálogo.

Os resultados do estudo indicam que os enfermeiros exercem a liderança em sua prática, pautados, principalmente no diálogo. Desta forma, verifica-se que a tese do estudo foi contemplada, pois os resultados demonstram que liderança constitui-se em uma competência profissional da enfermagem, que ao ser desenvolvida, na perspectiva dialógica durante o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro, contribui para a construção de profissionais politizados, criativos, críticos, reflexivos, bem como auxilia na tomada de decisões, na resolução de situações conflitantes e na potencialização do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde.

Salienta-se que independente da instituição hospitalar, os enfermeiros apresentaram dificuldades semelhantes em se posicionar frente à equipe de enfermagem e multiprofissional, na tomada de decisões e gerenciamento de conflitos, principalmente, em virtude do pouco tempo de experiência profissional.

Durante a coleta dos dados, não foi possível reunir todos os participantes do estudo em uma oficina dialógica, devido a falta de horário disponível para reunir todos os participantes, já que alguns possuíam outros vínculos empregatícios. Além disso, dos 25 enfermeiros, dez trabalhavam oito horas diárias, dificultando o acontecimento deste encontro. Acredita-se que a oficina dialógica, contando com a participação de enfermeiros dos três cenários, onde o estudo foi desenvolvido, poderia contribuir para uma discussão mais

aberta e consciente sobre a formação do enfermeiro-líder, bem como a identificação das fragilidades, potencialidades e estratégias utilizadas, a fim de exercer essa competência profissional no ambiente hospitalar.

Defende-se neste estudo, a proposta de uma liderança dialógica, que consiste na capacidade do líder de influenciar seus colaboradores a atuarem de maneira crítica e reflexiva sobre sua práxis, mediante o estabelecimento de um processo comunicacional eficiente. A mesma caracteriza-se pela construção de relações horizontais no ambiente de trabalho, nas quais florescem oportunidades de trocas de conhecimentos e aprimoramento coletivo entre o líder e seus colaboradores, bem como há espaço para a autonomia e participação ativa de enfermeiros, equipe e usuários, enquanto atores sociais.

Defende-se que este novo olhar para a liderança do enfermeiro, embasado na perspectiva freireana, pode nortear suas práticas e aproximar os sujeitos em seu ambiente de trabalho, a fim de que os mesmos se sensibilizem para a importância do diálogo.

Díálogo este, que não se trata de conversas vazias, nas quais não se consegue chegar a lugar algum, mas de uma comunicação que valorize os conhecimentos prévios dos sujeitos, enquanto seres históricos e sociais, que possa despertar nas pessoas sua capacidade de tornar-se um ator político, ou seja, um profissional que defenda suas convicções, que esteja disposto a agir, que tenha coerência entre suas ações e seus discursos, sendo uma referência nas unidades, bem como no serviço de saúde.

Frente ao exposto, a liderança dialógica emerge como uma tecnologia relacional. Desta forma, para ser colocada em prática no ambiente hospitalar, sugere-se aos enfermeiros, o aproveitamento de oportunidades formais e informais para reunir-se com a equipe, a fim de pensar e planejar a assistência prestada. Diante disso, destaca-se que a passagem do plantão e até mesmo, alguns momentos de descontração envolvendo o grupo de trabalho, podem tornar-se espaços produtivos para discutir, refletir, construir e reconstruir coletivamente as atividades do enfermeiro e de sua equipe, sempre tendo como objetivo maior, o cuidado ao ser humano.

Acredita-se que a formação de enfermeiros-líderes com potencial para utilizar a liderança dialógica no ambiente hospitalar, depende de uma educação que fomenta tal competência de modo transversal em seu currículo. Fala-se então, de uma educação problematizadora e crítica, ou seja, uma educação dialógica, conforme elucidado por Paulo Freire, na qual a construção do conhecimento se dá a partir da valorização do

conhecimento prévio do discente.

No entanto, percebe-se que o ensino da liderança carece de investimentos no contexto educacional, por isso sugere-se o desenvolvimento de pesquisas envolvendo docentes e discentes, com o intuito de desvelar as fragilidades da formação, e a partir disso, repensar novas práticas pedagógicas, que possam contribuir com o desenvolvimento desta competência profissional.

Convém destacar que os resultados obtidos não revelaram a aproximação da liderança com a gestão do SUS, o que representa um fator limitante para a utilização desta competência na prática. Por este motivo, almeja-se que este estudo possa contribuir para a construção de outros, com o intuito de sensibilizar os diversos atores sociais, para a necessidade de produzir saúde centrada no usuário, com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, buscando implementar a integralidade do cuidado, a participação social e a resolutividade das necessidades de saúde. Para tanto, torna-se imprescindível inserir no mercado de trabalho, profissionais conscientes da importância das políticas públicas e de sua aplicabilidade na prática, que defendem o Sistema Único de Saúde e suas diretrizes, sendo assim, pode-se afirmar que a saúde nacional no contexto atual, anseia pela formação de enfermeiros-líderes.

REFERÊNCIAS

ABREU, L. O. et al. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 58, n. 2, p. 203-207, 2005.

ALMEIDA, M.A. Concepções de discentes e docentes sobre competência na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.25, n.2, p. 184-193, 2004.

ALMEIDA, C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, L.P.V.G.; FERRAZ, C.A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 31-35, 2008.

ALVARENGA, P. Liderar-te: o primeiro passo para a arte de liderar pessoas. In: CANDELORO, R. (Org.). **Gigantes da liderança**. São Paulo: Resultado, 2007. p. 109-110.

ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M.A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 315-319, 2007.

AMESTOY, S.C. **Liderança como instrumento no processo de trabalho da enfermagem**. 2008. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

AMESTOY, S.C. et al. Educação Permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 83-88, 2007.

_____. Características institucionais que interferem na liderança do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 214-220, 2009.

_____. Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.5, p. 673-678, 2009a.

_____. As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n.4, p. 617-624, 2009b.

_____. Enfermeiras refletindo sobre seu processo de trabalho. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 158-163, 2010.

_____. Processo de formação de enfermeiros líderes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.6, p. 940-945, 2010a.

_____. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.5, p. 844-847, 2010b.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare enferm.**, v.9, n. 1, p. 9-14, 2004.

BACKES, V.M.S. **Estilos de pensamento e práxis na enfermagem: a contribuição do estágio pré-profissional**. Ijuí/RS: UNIJUÍ, 2000.

BACKES, V.M.S. et al. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n.6, p. 858-865, 2008.

BALSANELLI, A.P.; CUNHA, I.C.K.O., WHITAKER, I.Y. Estilos de liderança de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: associação

com perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. **Revista Latino-am. Enfermagem**, v. 17, n.1, p. 28-33, 2009.

BALSANELLI, A.P.; CUNHA, I.C.K.O., WHITAKER, I.Y. Estilos de liderança e perfil profissional de enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n.2, p. 300-304, 2008.

BALSANELLI, A.P.; CUNHA, I.C.K.O. Liderança no contexto da enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 40, n. 1, p. 177-22, 2006.

BARRETO, V. **Paulo Freire para educadores**. São Paulo: Arte & Ciência, 1998.

BASS, B.M. **Stogdill's handbook of leadership: a survey of theory and research**. New York: Free Press, 1981.

BELLAGUARDA, M.L.R. et al. Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, v.2, v.3, p.180-183, 2011.

BERGAMINI, C.W. **Liderança: administração do sentido**. São Paulo: Atlas, 1994.

BERNSTEIN, B. A pedagogização do conhecimento: estudos sobre recontextualização. **Cadernos de Pesquisa**, n. 120, p. 75-110, 2003.

BEYEA, S.C.; NICOLL, E.L.H. Writing integrative review. **Aorn J.**, v. 67, n. 4, p. 877-880, 1998.

BLAKE, R.R.; MOUTON, J.S. **Corporate excellence through: Grid organization development**. Houston, Texas: Gulf Publishing Company, 1968.

BLAKE, R.R.; MOUTON, J.S. **O novo grid gerencial**. São Paulo: Pioneira, 1980.

BRANDÃO, C.R. Círculo de cultura. In: STRECK, D.R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. p. 76-78.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei Federal nº 12.612, de 13 de abril de 2012**. Declara o educador Paulo Freire Patrono da educação Brasileira. Brasília: MEC, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução No3, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 09 Nov 2001. Seção1. p.37.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde 2007. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: MS, 2004. p.14.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria 2048/2009**. Regulamento do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Educação. Plataforma Freire. **Plano Nacional de Formação de professores**. 2009a. Disponível em: <<http://freire.mec.gov.br/index-static>>. Acesso em: 20 setembro 2010.

BULAMAQUI, L. A alquimia de um líder. In: CANDELORO, R. (org.). **Gigantes da liderança**. São Paulo: Resultado, 2007. p.79-82.

BURNS, J.M. **Leadership**. New York: Harper & Row, 1978.

CAMPONOGARA S.; BACKES V.M.S. Gerenciamento em enfermagem: uma reflexão à luz das idéias de Humberto Maturana. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. II, n.3, p. 303-310, 2007.

CARTANA, M.H.F. et al. El estudio de caso em investigación em enfermería. In: PRADO, M.L.; SOUZA, M.L.; CARRARO, T.E. **Investigación cualitativa em enfermería: contexto y bases conceptuales**. Organización Paamericana de la salud, 2008. p. 213-21.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-am. Enfermagem**, v.13, n.1, p.105-111, 2005.

CAVALCANTI, V.L.; CARPILOVSKY, M.; LUND, M.; LAGO, R.A. **Liderança e motivação**. 2a. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R. B.. LAURA, M.F. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, 508-516, 2005.

CELICH, K.L.S.; LIMA, A. O estilo de liderança exercido pelo

enfermeiro sob enfoque da liderança situacional. **Revista Enfermagem Atual**, v. 51, n. 2, p. 36-39, 2009.

CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos**. 2a. ed. São Paulo: Makron Books, 2004.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 9a. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CONRAD, M.A et al. Transformational leadership: instituting a nursing simulation program. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 7, n. 5, p. e189-e195, 2011.

CORNIANI, F.; GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O. Liderança e comunicação: opinião dos enfermeiros responsáveis pelos serviços de enfermagem de um hospital governamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 4, p. 347-353, 2000.

COSTA, M.L.A.S.; MERIGHI, M.A.B.; JESUS, M.C.P. Ser enfermeiro tendo sido estudante-trabalhador de enfermagem: um enfoque da fenomenologia social. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 17-23, 2008.

COSTA, D.T.; MARTINS, M.C.F. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder médico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1191-1198, 2011.

CUNHA, R. R. **Educação libertadora como possibilidade de empowerment de pessoas estomizadas**: desafio ao cuidado de enfermagem. 2010. 234f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

DESLANDES, S.F. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27^aed. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 31-60.

DIAS, R. **Cultura organizacional**. São Paulo: Alínea, 2003.

ERDMANN, A.L.; FERNANDES, J.D.; TEIXEIRA, G.A. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enfermagem em Foco**, v.2, n.3, p. 89-93, 2011.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D.B. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 3, p. 332-340, 2004.

FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço**. 2011. 421 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FIEDLER, F.E.; CHEMERS, M.M. **Liderança e administração eficaz**. São Paulo: Pioneira, 1981.

FINCK, F.; BLANCHARD, K. Parceria para o desempenho. In: BLANCHARD, K. **Liderança de alto nível: como criar e liderar organizações de alto desenvolvimento**. Porto Alegre: Bookman, 2007. p. 139-64.

FOWLER, S.; BLANCHARD, K.; HAWKINS, L. Autoliderança: o poder por trás do empoderamento. In: BLANCHARD, K. **Liderança de alto nível: como criar e liderar organizações de alto desenvolvimento**. Porto Alegre: Bookman, 2007. p. 125-138.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler:** em três artigos que se completam. 51a. ed. São Paulo: Cortez, 2011a.

_____. **Educação como prática de liberdade.** 14a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011c.

_____. Carta de Paulo Freire aos professores. **Estudos Avançados**, v.15, n. 42, p. 259-268, 2001.

_____. **Educação e mudança.** 30a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

_____. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 33a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia da esperança:** um reencontro com a pedagogia do oprimido. 15a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 47a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. **Conscientização:** teoria e prática da libertação-uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia:** o cotidiano do professor. 13 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011b.

FREITAS, A.L.S. Conscientização. In: STRECK, D.R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. p. 99-101.

FULLMANN, C. Construindo líderes. In: CANDELORO, R. (org.). **Gigantes da liderança**. São Paulo: Resultado p. 45-47, 2007.

GALLEGUILLOS, T.G.B.; OLIVEIRA, M.A.C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.35, n. 1, p. 80-7, mar. 2001.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O. A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n.3, p. 293-301, 2005.

_____.; TREVIZAN, M.A.; SAWADA, N.O. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n.4, p. 302-306, 1998.

GALVÃO, C.M. et al. Liderança situacional: estrutura de referência para o trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 6, n.1, p. 81-90, 1998.

_____. O estilo de liderança exercido pelo enfermeiro de unidade de internação cirúrgica sob o enfoque da liderança situacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.5, n.2, p. 39-347, 1997.

GALVÃO, C.M. et al. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**, v. 8, n. 5, p. 34-43, 2000.

GANONG, L.H. Integrative Review of Nursing Research. **Res Nursing Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GARCÍA GARCÍA, I.; SANTA-BÁRBARA, E.S. Relação entre estilos de liderança e bases de poder das enfermeiras. **Revista Latino-**

Americana de Enfermagem, v. 17, n. 3, 295-301, 2009.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GAUDÊNCIO, P. **Superdicas para se tornar um verdadeiro líder**. São Paulo: Saraiva, 2007.

GELBCKE, F.L. et al. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n. 1, p. 136-139, 2009.

GELLER, K.C. Atendimento SUS. **Revista do Imperial Hospital de Caridade**. n. 24. p 22-23. 2011.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRARD, N. Educational Leadrship in Professional Nursing. **Perioperative Nursing Clinics.**, v. 4, p. 43-49, 2009.

GOMÉZ, E. **Liderança ética: um desafio do nosso tempo**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2005.

GUARESHI, P. Empoderamento. In: STRECK, D.R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. p. 165-6.

GUERRA, S. T. et al. O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 362-369, 2011.

HEIDEMANN, I.B.S. et al. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, p.416-420, 2010.

HERSEY, P; BLANCHARD, K. **Management of organizational behavior**: utilizing human resources. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1969.

HERSEY, P; BLANCHARD, K. **Psicologia para administradores: a teoria e às técnicas da liderança situacional**. São Paulo: EPU, 1986.

HIGA, E. F. R; TREVIZAN, M. A. Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. **Revista latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.1, p. 59-64, 2005.

HILSDORF, C. O verdadeiro desafio do líder. Liderança com foco nas pessoas e nos resultados. In: CANDELORO, R. (org.). **Gigantes da liderança**. São Paulo: Resultado, 2007. p. 31-32.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. **Histórico do hospital**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/>>. Acesso em: 05 janeiro 2010.

HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS. **Histórico do hospital**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hospitais/hgcr/historico.htm>>. Acesso em: 05 janeiro 2010.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

INSTITUTO PAULO FREIRE. **Quem somos**. 1992. Disponível em: <<http://www.paulofreire.org/Institucional/QuemSomos?redirectedfrom=Institucional.WebHome>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2011.

ITO, E.E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

IWAMOTO, H.H.; ANSELMINI, M.L. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Uberaba. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 443-453, 2006.

KATZ, D.; KAHN, R. L. **Psicologia social das organizações**. São Paulo: Atlas, 1978.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Leadership of the nurse: na integrative literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n. 3, p. 651-658, 2011.

LEMME, P. **Memórias**. São Paulo: Cortez, 1988.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIKERT, R.; LIKERT, J.G. **Administração de conflitos: novas abordagens**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1979.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, v.24, p. 105-125, 2005.

LOURENÇO, M.R. **Desenvolvimento da competência em liderança**

na efetividade de organizações de saúde dirigidas por enfermeiros-gerentes. 2004. 118f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

LOURENÇO, M.R., TREVIZAN, M.A. Liderança situacional: análise de estilo de enfermeiros-líderes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 15, n.1, p. 48-52, 2002.

LOURENÇO, M.R.; TREVIZAN, M.A. Líderes de enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança e enfermagem. **Rev. latino-am. Enfermagem**, v.9, n. 3, p.14-19, 2001.

LÜDKE, M. ANDRÉ M.E.D.A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, S.C. et al. Liderança em enfermagem psiquiátrica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.10, n. 4, p. 730-734, 2006.

MANCIA, J.R.; CABRAL, L.C.; KOERICH, M.S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n. 5, p. 605-610, 2004.

MARQUES, M.C.; MELO, M.R.A.C. O grid gerencial: uma análise descritiva na área da enfermagem. **Esc. Anna Nery R. Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 275-278, 2004.

MARQUIS, B. L.; HUSTON C. J. **Administração e liderança em enfermagem:** teoria e prática. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde na

enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006.

MATTOSINHO, M.M.S. et al. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos enfermeiros-recém-formados em enfermagem. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 466-471, 2010.

MAXIMIANO, A.S.A. **Introdução à administração**. 6a. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MAXWELL, J. C. **As 21 indispensáveis qualidades de um líder**. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2007.

_____. **O livro de ouro da liderança**. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2008.

MEDINA, N.V.J.; TAKAHASHI, R.T. A busca da graduação em enfermagem como opção dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 4, p. 101-108, 2003.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27a. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 9-29.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12a. ed. São Paulo: Ucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G.; SOUZA E.R.S. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MONTEIRO, E.M.L.; VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde a partir de

círculos de cultura. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.3, p. 397-403, 2010.

MOREIRA, C.E. Emancipação. In: STRECK, D.R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. p. 163-65.

MOSCOVICI, F. **A organização por trás do espelho: reflexos e reflexões**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.

MOURA, G.M.S.S. et al. Leadership in Nursing: analysis of the process of choosing the heads. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n.6, p.1099-1106, 2010.

NASCIMENTO, K.C.; ERDMANN, A.L. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. **Rev. Enferm. UFRJ**, v. 14, n. 3, p. 333-341, 2006.

NETO, A. C. S. Liderança com foco nas pessoas e nos resultados. In: CANDELORO R. (org.). **Gigantes da liderança**. São Paulo: Resultado, 2007. p.15-16.

NOVO, D.V.; CHERNICHARO, E.A.M.; BARRADAS, M.S.S. **Liderança de equipes**. Rio de Janeiro: FGV, 2008.

OLIVEIRA, A.M. et al. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. **Rev.Bras. Saúde Matern. Infantil**, v. 10, supl.2, p. S433-S439, 2010.

PEATE, I. Developing leadership and management skills. **Dental Nursing**, v.7, n. 9, p. 523-527, 2011.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 492-429, 2006.

PERRENOUD P. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

_____. **Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

PINTO, J.B.T.; PEPE, A.M. Nursing education: contradictions and challenges of pedagogical practice. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.1, p. 120-126, 2007.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** 2a. ed. São Paulo: Anna Blume, 2008.

POLETTI, D.S. **Liderança integrativa na enfermagem.** Passo Fundo: EDIUPF, 1999.

PROCHNOW, A.G. et al. O conflito como realidade e desafio cultura no exercício da gerência do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 542-550, 2007.

REIBNITZ, K.S. et al. Educação permanente em saúde: contribuição para a consolidação do Sistema Único de Saúde. In: LEITE, M.M.J.; MARTINI, J.G.; FELI, V.E.A. **Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto.** Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2009.

RIBEIRO, M.; SANTOS, S.L.; MEIRA, T.G.B.M. Refletindo sobre liderança em enfermagem. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 10, n. 1, p.109-115, 2006.

RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 837-842, 2006.

RODRIGUES, F.C.P.; LIMA, M.A.D.S. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.25, n. 3, p. 314-322, 2004.

ROSA, R.B.; LIMA, M.A.D.S. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre o que é ser enfermeiro. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n.2, p.125-30, 2005.

ROVERE, M. Comentários estimulados por la lectura del artículo “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunic, Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 169-71. 2005.

RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.K.O. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n.1, p. 109-12. 2008.

SALES, A.A.R.; LIMA, F.R.F.; FARIAS, F.S.A.B. Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde. **RBPS**, v. 20, n. 2, p. 111-115, 2007.

SANTOS, I.; CASTRO, C.B. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p. 734-42, 2008.

SANTOS, I.; OLIVEIRA, S.E.M; CASTRO, C.B. Gerência do processo de trabalho em enfermagem: liderança da enfermeira em unidades hospitalares. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n. 3, p. 393-400, 2006.

SANTOS, K.M.A.B.; SILVA, M.J.P. Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 2, p. 97-108, 2003.

SCOCUGLIA, A.C. Origens e prospectiva do pensamento político-pedagógico de Paulo Freire. **Educação e Pesquisa**, v. 25, n.2, p.25-37, 1999.

SILVA, M. R. **Currículo e competências**: a formação administrada. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, D.G.V. et al. Os desafios enfrentados pelos iniciantes na prática de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 511-516, 2010.

SILVA, M.A.; ERDMANN, A.L.; CARDOSO, R.S. O sistema de enfermagem hospitalar: visualizando o cenário das políticas gerenciais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 448-459, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a16.htm>>. Acesso em: 15 janeiro 2010.

SILVA, M.A.; GALVÃO, C.M. Aplicação da liderança situacional na enfermagem de centro cirúrgico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n.1, p.104-12, 2007.

SIMÕES, A. L. A; FÁVERO, N. Aprendizagem da liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 91-96, 2000.

_____. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 567-573, 2003.

SOUZA, A.I. **A pedagogia de Paulo Freire**. 2006. Disponível em: <www.cefuria.org.br/doc/educpoppedpf.pdf>. Acesso: 30 outubro 2011.

STACCIARINI, J.M.R.; ESPERIDIÃO, E. Repensando estratégias de ensino no processo de aprendizagem. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v.7, n.5, p.59-66, 1999.

STONER, J.A.F.; FREEMAN, R.E. **Administração**. 5a. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1999.

STRAPASSON, M.R.; MEDEIROS, C.R.G. Liderança transformacional na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 228-33, 2009.

TANNENBAUM, R.; SCHMIDT, W. **Como escolher um padrão de liderança**. Coleção Harvard de Administração. São Paulo: Nova Cultural, 1986.

TANNENBAUM, R.; WESCHLER, I.R.; MASSARIK, F. **Liderança e organização**: uma abordagem de ciência do comportamento. São Paulo: Atlas, 1972.

TEJON, J. L. A verdadeira liderança é invisível. In: CANDELORO, R. (org.). **Gigantes da liderança**. São Paulo: Resultado, 2007. p. 73-75.

THOFEHRN, M.B.; LEOPARDI, M.T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 409-417, 2006.

TREVIZAN, M. A. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 77-82, 1998.

TREVIZAN, M.A. et al. Análise de expectativas sobre liderança do enfermeiro à luz das teorias Grid. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 20-29, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

UNICOVSKY, M.A.R.; LAUTERT, L. A formação profissional do enfermeiro: reflexão, ação e estratégias. In: SAUPE, R. (Org). **Educação em enfermagem: da realidade construída a possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998. p. 220-241.

VASCONCELOS, C.M.C.B. **Avaliação na educação superior em enfermagem sob a ótica dialógica de Freire**. 2011. 336p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, supl.1, p. 1301-1314, 2010.

VIANNA, L.A.C. Desafios e perspectivas para a Enfermagem na próxima década. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.24, n.5, p.viii, 2011.

VILHENA, J. B. Por que muitos líderes falham nas suas obrigações. In: CANDELORO, R. (org.). **Gigantes da liderança**. São Paulo: Resultado, 2007. p. 67-68.

WEHBE, G.; GALVÃO, M.C. Aplicação da Liderança Situacional em enfermagem de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n.1, p. 33-38, 2005.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZABALZA, M. **O ensino universitário**. Seu cenário e protagonistas. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZENGER, J.; FOLKMAN, J. **Desenvolva sua capacidade de liderança: 24 estratégias para melhorar suas habilidades como líder.** Rio de Janeiro: Sextante, 2008.

ZITKOSKI, J.J.; REDIN, E.; STRECK, D.R. Paulo Freire: uma breve cartografia intelectual. In: STRECK, D.R. ZITKOSKI, J.J.; REDIN, E. **Dicionário Paulo Freire.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. p.17-26.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Simone Coelho Amestoy, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: **Liderança como competência profissional da enfermagem**. Com o objetivo de compreender o exercício da liderança como competência profissional, abrangendo suas fragilidades e potencialidades, na prática dos enfermeiros desenvolvida no âmbito hospitalar; identificar o perfil dos enfermeiros que exercem sua prática no âmbito hospitalar e construir estratégias que facilitem a formação dos enfermeiros para a utilização da liderança. O estudo é orientado pela Prof^a. Dr^a. Vânia Marli Schubert Backes.

Desta forma, convido-o a participar dessa pesquisa, a qual não acarretará em riscos para os participantes e busca contribuir para a formação e capacitação de líderes na enfermagem.

Pelo presente Consentimento Informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente Projeto de Pesquisa.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa e da utilização do gravador (MP3);
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações.

- da divulgação dos resultados nos meios científicos.

Eu, _____ aceito participar da pesquisa sobre
“Liderança como competência profissional da enfermagem”.

Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma sigilosa e que poderei desistir de participar do estudo mediante contato telefônico com a autora - Simone Coelho Amestoy, telefone: (48) 9137-7042.

_____, ____ de _____ de 2010.

Participante da pesquisa

APÊNDICE B - PROTOCOLO PARA COLETA DOS DADOS



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

Protocolo para coleta dos dados

A construção do protocolo ocorreu a partir da leitura das diversas teorias de liderança e das Novas Diretrizes Curriculares Nacionais, que instituem a liderança como competência profissional a ser desenvolvida pelo enfermeiro.

Aspectos Norteadores	Aspectos específicos para coleta dos dados	Técnicas para condução da coleta dos dados
Liderança	Estilos de liderança do enfermeiro	Observação não participante e entrevistas com os enfermeiros
	Relações de poder	Observação não participante
	Processo de comunicação	Observação não participante, entrevistas e oficinas dialógicas
	Relações interpessoais	Observação não participante e entrevistas
	Processo de ensino-aprendizagem da liderança durante a graduação.	Entrevistas semi-estruturadas
	Realização de pesquisas e/ou programas de capacitação, a fim de solucionar os problemas de prática.	Observação não participante, entrevistas e oficinas dialógicas
	Envolvimento dos egressos na formação de novos enfermeiros.	Observação não participante, entrevistas e oficinas dialógicas

APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



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

Pesquisa: Liderança como competência profissional da enfermagem.

Autoras: Simone Coelho Amestoy (pesquisadora principal), telefone:
(48) 9137-7042

Vânia Marli S. Backes (orientadora)

Roteiro da entrevista semi-estruturada

1- IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

- **Identificação:**

- **Idade:**

- **Sexo:**

- **Formação profissional**

Graduação

Especialização na área de:

Mestrado na área de:

Doutorado na área de:

- **Tempo de formação:**

- **Tempo de trabalho na instituição atual:**

- **Instituição que exerce sua prática profissional:**

Hospital de Ensino

Hospital Público

Hospital Privado

Hospital Filantrópico

2-QUESTÕES NORTEADORAS

- Como foi para você coordenar a equipe?
- De que forma você exerce a liderança em sua prática profissional?
- Quais as influências da liderança, bem como suas fragilidades e potencialidades no âmbito hospitalar?
- Que estilo de liderança você costuma adotar em sua prática profissional?
- Que aspectos você destacaria em sua formação universitária, no que se refere à liderança como competência profissional?
- Ao se formar você se sentiu preparado para liderar? Justifique sua resposta.
- Como você vem construindo sua competência de líder?
- A instituição que você trabalha oferece algum suporte teórico ou prático quanto à liderança?
- Que estratégias poderiam ser implementadas para facilitar a utilização da liderança como competência profissional da enfermagem?
- Quais as concepções que você atribui à liderança?
- Deseja expor mais alguma informação?

APÊNDICE D - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO NÃO-PARTICIPANTE



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

Pesquisa: Liderança como competência profissional da enfermagem.

Autoras: Simone Coelho Amestoy (pesquisadora principal), telefone: (48) 9137-7042

Vânia Marli S. Backes (orientadora)

Roteiro da observação não-participante

Serão observadas as relações interpessoais, estilos de liderança, relações de poder, atividades assistências, gerenciais entre elas: planejamento das ações, tomada de decisões, processo de comunicação, negociação, autonomia dos agentes envolvidos e trabalho em equipe. Além das atividades educacionais e de pesquisa. Os registros serão realizados em um Diário de Campo, para tanto, dar-se-á ênfase na descrição da situação ocorrida e nos aspectos objetivos e subjetivos envolvidos.

Aspectos a serem observados	Descrição da situação Data/hora	Notas de Análise
Relações interpessoais		
Relações de Poder		
Estilos de Liderança adotados		
Atividades assistenciais		
Planejamento		
Tomada de decisões		
Processo de		

Comunicação		
Negociação		
Autonomia dos agentes envolvidos		
Educação		
Pesquisa		

ANEXOS

ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA A UFSC

Certificado Page 1 of 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 658

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N°0584.GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisas abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 658 FR: 322461

TÍTULO: LIDERANÇA COMO COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

AUTOR: VÂNIA MARLI SCHUBERT BACKES, Simone Coelho Amestoy

FLORIANÓPOLIS, 29 de Março de 2010.



Coordenador do CEPSH/UFSC
Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC

http://www.ccp.ufsc.br/projeto_ccp/certificado/certificado.php?id_pesquisa=658
30/3/2010

ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO UFSC

CEPSH - Sistema Online

Página 1 de 2

Logado como: **Pesquisador**, Olá VÂNIA MARLI SCHUBERT BACKES! ([Alterar dados pessoais](#))

[Início](#) [Cadastrar Nova pesquisa](#) [Minhas Pesquisas](#) [Sair](#)

[IMPRIMIR PARECER](#) | [VOLTAR](#)

Parecer Consubstanciado Nº: 658/10

Data de Entrada no CEP: 17/03/2010

Título do Projeto: LIDERANÇA COMO COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

Pesquisador Responsável: VÂNIA MARLI SCHUBERT BACKES

Pesquisador Principal: Simone Coelho Arnestoy

Propósito: Doutorado

Instituição onde se realizará: Hospital(s)

Objetivos (Preenchido pelo pesquisador)

Objetivo geral: - compreender o exercício da liderança como competência profissional, abrangendo suas fragilidades e potencialidades, na prática dos enfermeiros desenvolvida no âmbito hospitalar. E como objetivos específicos: - identificar o perfil dos enfermeiros que exercem sua prática no âmbito hospitalar; - construir estratégias que facilitem a formação dos enfermeiros para a utilização da liderança.

Sumário do Projeto (Preenchido pelo pesquisador)

Breve introdução/Justificativa: No cenário atual, almeja-se a formação de enfermeiros capazes de atender as necessidades dos indivíduos e coletividades. Para tanto, torna-se essencial repensar os descompassos existentes entre o ensino e às exigências do mercado de trabalho, altamente competitivo, individualizado e alienante. Identifica-se uma lacuna do conhecimento que aponta para a existência de diversos estudos sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança, porém, nota-se a escassez de pesquisas que buscam avaliar a instrumentalização dos egressos e a aplicação da liderança, de modo a contribuir para a construção de espaços dialógicos, fundamentados em uma gestão participativa e crítica nas instituições hospitalares. Acredita-se na relevância dessa proposta de pesquisa, pois se almeja através da utilização da liderança como competência profissional, apontar reflexões que permitam aos enfermeiros desenvolver e assumir posições de liderança, com o intuito de qualificar o cuidado prestado.

Tamanho da Amostra: (indique como foi estabelecido): Participação do estudo, no mínimo dez enfermeiros que possuem interesse em discutir e refletir sobre a liderança como competência profissional. Baseando-se em Deslandes (2008) a definição do número de sujeitos ocorrerá por inclusão progressiva, o qual será interrompido pelo critério de saturação, isto é, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter regularidade de apresentação.

Participantes / Sujeitos: (quem será o objeto da pesquisa): Serão convidados a participar do estudo, enfermeiros que trabalham em instituições hospitalares localizadas na grande Florianópolis, os quais possuem entre um a quatro anos de formação. Escolheu-se este período, a fim de contemplar enfermeiros formados, recentemente, segundo as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Infraestrutura, do local onde será realizada a Pesquisa: Hospital Universitário da UFSC Polydoro Ernani de São Thiago e Hospital Nereu Ramos

Procedimentos / intervenções: (de natureza ambiental, educacional, nutricional, farmacológica): A pesquisa retrata uma abordagem qualitativa, na qual será utilizado o estudo de caso como estratégia de investigação. No estudo de caso, os dados podem ser obtidos através de várias fontes de evidências, entre elas documentos, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos (YIN, 2005). Optou-se pela utilização de entrevistas semi-estruturadas, observação não-participante e oficinas dialógicas para a coleta dos dados.

Parâmetros avaliados: Será avaliada a formação do enfermeiro para exercer a liderança como competência profissional do enfermeiro

"Outcomes": Além de potencializar o cuidado, a liderança poderá auxiliar na construção de um ambiente de trabalho satisfatório, mediante o estabelecimento de vínculos profissionais saudáveis e de processos dialógicos efetivos entre o enfermeiro e os demais integrantes da equipe de enfermagem e multiprofissional. Assim, poder-se-á disponibilizar ao mercado de trabalho enfermeiros críticos, reflexivos, criativos, éticos, os quais sejam capazes de aprender a aprender e de colaborar com a autonomia e co-responsabilização de seus colaboradores na tomada de decisões, no planejamento e na implementação das práticas assistenciais.

Comente sobre os riscos para os participantes deste estudo: A pesquisa não acarretará em riscos para os participantes de nenhuma espécie.

Descreva como os participantes serão recrutados incluindo modos de divulgação e quem irá obter o consentimento: Primeiramente, o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina com o objetivo de obter a autorização para a sua realização. Depois de aprovado será realizado contato com as (os) gerentes de enfermagem do Hospital Nereu Ramos e do Hospital Universitário da UFSC, a fim de identificar os enfermeiros que possuem entre um e quatro anos de formação. Por conseguinte, a pesquisadora estabelecerá contato com os sujeitos, para convidá-los a participar do estudo. Conforme determinado na Resolução 196/96 será solicitada pela pesquisadora aos sujeitos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, será garantido aos participantes o anonimato, o sigilo, o direito de desistir do estudo a qualquer momento, bem como o livre acesso aos dados quando de seu interesse. Os dados serão armazenados em uma pasta exclusiva, sob a responsabilidade da pesquisadora num tempo máximo de cinco anos, a fim de comprová-los

Estão os participantes legalmente capacitados para assinar o consentimento? Sim

Quais os procedimentos que deverão ser seguidos pelos participantes/sujeitos se eles quiserem desistir em qualquer fase do estudo? Entrar em contato com a pesquisadora Simone Coelho Amestoy, mediante contato telefônico: (48) 9137-7042; (48) 3234-8269.

Último Parecer enviado

Enviado em: 30/03/2010

Comentários

O estudo é importante pois visa incentivar a formação de líderes na enfermagem. Há necessidade de se identificar estratégias que propiciem aos enfermeiros formarem líderes. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas.

Parecer

Aprovado

Data da Reunião

29/03/2010

ANEXO C- DECLARAÇÃO AUTORIZANDO A COLETA DE DADOS NO HOSPITAL IMPERIAL DE CARIDADE



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **LIDERANÇA COMO COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 11.10.2010

ASSINATURA
Felipe Garcia Paschoa
CARIMBULO/A RESPONSÁVEL

I.S.J.F. IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE

Dr. Ronaldo
11.10.2010
10:20

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO HOSPITAL CELSO RAMOS



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

PROTOCOLO Nº	2010/0011
DE: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	DATA: 08/04/2010
PARA PESQUISADORES: SIMONE COELHO AMESTOY ; VÂNIA MARLI SCHUBERT BACKES	
ASSUNTO: PARECER CONSUBSTANCIADO	
<p><u>PROJETO DE PESQUISA :</u> LIDERANÇA COMO COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM</p> <p><u>PARECER:</u> A pesquisa retrata uma abordagem qualitativa, na qual será utilizado o estudo de caso como estratégia de investigação. O estudo de caso que se pretende desenvolver retrata um caso único com múltiplos sujeitos. Dessa forma, pretende-se conhecer como os enfermeiros exercem a competência da liderança em sua prática profissional no âmbito hospitalar. O estudo será desenvolvido em três fases: a primeira é a fase exploratória, na qual se delimitará as questões que serão abordadas. Na segunda fase tentar-se-á captar a realidade, os elementos-chave e os contornos do problema, possibilitando ao pesquisador iniciar a coleta das informações com variadas técnicas. Já a terceira fase representa a análise sistemática e a elaboração do relatório O estudo será realizado em instituições hospitalares da grande Florianópolis, nas quais os enfermeiros exercem sua prática profissional.</p> <p>Participarão do estudo, no mínimo dez enfermeiros que possuírem interesse em discutir e refletir sobre a liderança como competência profissional. Convém informar que os mesmos serão identificados mediante contato com as(os) gerentes de enfermagem das instituições hospitalares.</p> <p>Serão convidados a participar do estudo, enfermeiros que trabalham em instituições hospitalares localizadas na grande Florianópolis, os quais possuem entre um a quatro anos de formação. Escolheu-se este período, a fim de contemplar enfermeiros formados, recentemente, segundo as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais.</p> <p>A entrevista semi-estruturada constitui-se em uma técnica que retrata um dos principais meios de que o pesquisador disponibiliza para realizar a coleta dos dados. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora no próprio local de estudo, de forma individual, mediante a utilização de um roteiro.</p> <p>O TCLE atende a Resolução/ CNS/196/96.</p>	



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Diante do exposto classificamos o Projeto de Pesquisa como: **APROVADO.**

ORIENTAÇÕES GERAIS: Salientamos a necessidade de encaminhar ao CEP relatórios trimestrais sobre o andamento da pesquisa e ao término do trabalho uma cópia impressa e uma em CD com extensão em PDF (Conversor de arq. Word para PDF) deverá ser disponibilizada a este Comitê

As alterações no protocolo e notificações de eventos adversos que possam trazer prejuízo ao sujeito da pesquisa devem ser notificadas imediatamente ao CEP para análise e tomadas as devidas providências.

CARLA PAULI
Coordenadora do CEP/HGCR