

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPA

ANA CLEIDE SOARES VICTOR

**IMAGENS DE LIDERANÇA EM ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL
ESCOLA DE MARINGÁ**

MARINGÁ
2003

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPA

ANA CLEIDE SOARES VICTOR

**IMAGENS DE LIDERANÇA EM ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL
ESCOLA DE MARINGÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, da Universidade Estadual de Maringá e Universidade Estadual de Londrina, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Adolfo Ramos
Melo Neto

MARINGÁ
2003

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPA

ANA CLEIDE SOARES VICTOR

**IMAGENS DE LIDERANÇA EM ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL
ESCOLA DE MARINGÁ**

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Estadual de Maringá e Universidade Estadual de Londrina, pela seguinte banca examinadora:

Em 18 de setembro de 2003

Prof. Dr. Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto (PPA-UEM)

Prof. Dr. Francisco Hashimoto (UNESP)

Prof^a. Dr^a. Hilka Pelizza Vier Machado (PPA-UEM)

À Ana

que com atenção, paciência e seu amor incondicional de mãe esteve presente durante todo este processo, me apoiando e incentivando em mais esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A minha Família, que com carinho estiveram sempre presentes me incentivando para levar este trabalho ao seu devido termo.

Ao Professor Doutor Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto, pelos constantes ensinamentos, atenção e dedicação na orientação e condução deste trabalho.

Aos Enfermeiros que concordaram em ceder seu tempo, espaço, vivências e informações para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos membros da Banca Examinadora, pelas orientações imprescindíveis à construção deste estudo.

Aos Professores Doutores Paulo Grave e Antônio Arthur a minha admiração e carinho, cuja convivência foi fundamental para minha motivação e desempenho.

Aos Professores do Curso, pelos ensinamentos, contribuições e discussões.

Ao Bruhmer, pelo carinho, atenção e prontidão que sempre me atendeu e por sua contribuição na fase de formatação deste trabalho.

Aos amigos de sempre Aroldo e Nêodo, pelo companheirismo, incentivo, disponibilidade e afeto.

Aos novos amigos Edmilson, Márcia Ferri e Márcia Moita, pela cumplicidade e carinho nos momentos compartilhados no conhecimento.

A Laura, Oséias e Vilma Baliero, pelo incentivo, pela contribuição na busca de literatura e orientações primorosas.

A Eliane, Maria Edith e Márcia, pela colaboração valiosa na fase de impressão.

Finalmente, agradeço aqueles que não foram aqui mencionados, mas que estiveram presentes nesta importante etapa de meu crescimento pessoal e profissional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 TEMA E PROBLEMA.....	09
1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA	14
2 ALGUMAS IDÉIAS SOBRE LIDERANÇA	17
2.1 LIDERANÇA EM ENFERMAGEM	17
2.2 CRISTALIZAÇÃO DE UMA IDÉIA.....	26
2.3 LIDERANÇA: CONCEITOS E IMPLICAÇÕES	29
2.4 DA LIDERANÇA AO PODER	39
3 REPRESENTAÇÕES E IMAGENS	43
3.1 CONCEITOS E IMPLICAÇÕES.....	43
3.2 MITO	48
4 METODOLOGIA	52
4.1 TIPO DE ESTUDO	52
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	52
4.3 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	53
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA AMOSTRA	54
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	55
4.6 PERÍODOS DE CONSTRUÇÃO DOS DADOS	56
4.7 CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO	56
4.8 PROCEDIMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DOS DADOS	56
4.9 TRATAMENTO DOS DADOS	58

5 AUTORITARISMO E INDEFINIÇÃO	61
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	61
5.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	61
5.3 PODER E PAPEL: MITIFICAÇÕES	70
5.4 DA IDEALIZAÇÃO AO CONFORMISMO.....	85
CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES GERAIS	94
REFERÊNCIAS	101
ANEXOS	105
I – REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ E ORGANOGRAMA DO HOSPITAL REGIONAL DE MARINGÁ	106
II – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	118
III – ENTREVISTAS.....	120

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado em um Hospital Escola, com enfermeiros que vivenciam a situação de dirigir a equipe de enfermagem em seu cotidiano. Buscou-se identificar as imagens que o termo liderança ganha no exercício profissional dos enfermeiros, segundo a própria visão destes, objetivando constatar os resultados do trabalho de Rozendo (1995), segundo o qual, a questão da liderança na enfermagem é vista na profissão de maneira cristalizada, idealizada, envolta por um caráter mítico. A opção por uma fundamentação psicossocial através da análise de "imagens" diz respeito a aspectos como percepção, lembranças, cultura, crenças e sentimentos que atuam sobre os comportamentos e permite compreender como vem sendo colocado o pensamento sobre o assunto a nível discursivo. Utilizou-se como instrumento para construção dos dados, uma entrevista semi-estruturada, aplicada a 6 enfermeiros. Conduziu-se a investigação segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977). O estudo demonstrou que as imagens são idealizadas, onipotentes e mitificadas. Verificou-se que esta construção origina-se a partir da formação do enfermeiro, de seu papel na máquina organizacional e da intrincada rede de relações entre o próprio grupo de enfermeiros e resulta em sentimentos de angústia e abandono. Esses últimos, por sua vez, têm como consequência atitudes de conformismo e pouco engajamento profissional. Enfim, buscou-se apontar o papel da organização hospitalar com base nesses resultados.

Palavras Chave: Liderança, Enfermagem, Imagens

ABSTRACT

This is a descriptive study which was accomplished in a school hospital with nurses who live the situation of conduct the nursing team in their daily routine. It aimed at identifying the images the term “leadership” acquires in the nurses’ professional experiences according to their point of view. It intends to verify the results of Rozendo’s study (1995) according to which the leadership question in the nursing is seen in a crystallized, idealized way and it is involved in a mythical atmosphere. The option for a psychosocial basis through the ‘image’ analysis is concerned to some aspects such as perception, remembrance, culture, beliefs and feelings that influence upon the nurses’ behavior and it makes it possible to understand how the thoughts about this subject has been expressed in a speech level. A semi-structured interview was used as an instrument to build up the data and six nurses were interviewed. The investigation was carried following Bardin’s content analysis (1977). The study results showed the images are idealized, omnipotent, and mythicizing. It was possible to verify that this construction has its origin in the nurses’ education, their role in the organization and the complex net of relationships among the nurses themselves and it also results in anxiety and abandoning feelings. The last ones show, as consequence, conforming attitudes and little professional engagement. Finally, this study tried to show the hospital organization role based on such results.

Key Words: Leadership, nursing and image.

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA E PROBLEMA

O tema liderança vem, ao longo dos anos ganhando diferentes enfoques no campo teórico e empírico das pesquisas. Estudiosos das mais diversas áreas buscam identificar os fatores para a prática de uma liderança eficaz, isto é, aquela capaz de levar as pessoas a serem bem sucedidas em suas atividades.

O interesse sobre a questão tem resultado diversas definições sobre o fenômeno, evidenciando um significado permeado de ambigüidades, e ainda, a associação do termo a outros conceitos, utilizados como sinônimos, tem gerado um equivocado entendimento sobre o seu real significado, como mostram Blake e Mouton (1989, p.212): “Os processos de liderança se empenham em alcançar resultados com os outros ou por intermédio deles. Sejam denominados gerência, supervisão ou administração, os processos subjacentes estabelecem uma direção e permitem uma coordenação”.

No contexto da enfermagem, o termo liderança é utilizado como principal atributo do enfermeiro¹ para desempenhar suas atividades, devido ao fato de que, na base da hierarquia dos serviços de saúde, em qualquer de suas especificidades, a função do mesmo é "direcionar" a equipe de enfermagem, formada pelas categorias auxiliares e técnicos de enfermagem, como regulamenta a lei² do exercício profissional. Desse modo, liderança é tomada como sinônimo de direção, sem que a equivalência entre os dois termos seja colocada em questão³.

¹ No presente estudo será utilizado o gênero masculino para a categoria profissional em estudo, salvo nos casos de citações diretas que respeitará o gênero.

² "Das responsabilidades Fundamentais

²⁰ O enfermeiro zela pela provisão e manutenção de adequada assistência de enfermagem ao cliente.

³⁰ O enfermeiro programa e coordena todas as atividades de enfermagem que visam o bem estar do cliente. "

³ Face ao questionamento entre os dois termos, neste estudo utilizarei a palavra Direção e a palavra Liderança reportando-se o seu uso por outros.

Sem que se entre nos meandros de uma discussão que diferencie os conceitos liderança e direção, tem-se que, de fato, a liderança é uma representação mental importante para o profissional enfermeiro, e é essa representação que se faz aqui o objeto deste trabalho. É sobre ela que irei aplicar o nosso instrumental analítico para identificar as imagens que o termo liderança ganha no exercício profissional dos enfermeiros segundo sua própria visão.

Mas antes, é necessário verificar como a questão da liderança foi apresentada pela primeira vez na vida profissional do enfermeiro. Diante desse questionamento, não posso responder pela categoria, mas fazendo parte dela, acho oportuno relatar minha experiência com o fenômeno.

Já no início do meu curso de graduação, a idéia transmitida sobre liderança era colocada como algo inquestionável para a formação do enfermeiro. Sem um conhecimento teórico que me permitisse uma compreensão dessa prática, no transcorrer do curso, o convívio com enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem durante os períodos de estágios evidenciou a importância das atividades desempenhadas pelo enfermeiro, não só nas suas prerrogativas e competências asseguradas por leis, mas considerando que a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente⁴ é o resultado da liderança exercida.

A assistência de enfermagem implica cuidados prestados ao ser humano nos processos de promoção/recuperação da saúde, buscando atender as suas necessidades emergentes de forma qualitativa e individualizada conforme os valores essenciais da profissão, explicitados no Código de Deontologia de Enfermagem, nos artigos 2º e 4º:

“Das responsabilidades Fundamentais

2º O enfermeiro zela pela provisão e manutenção de adequada assistência de enfermagem ao cliente.

4º O enfermeiro programa e coordena todas as atividades de enfermagem que visam o bem estar do cliente.

⁴ Neste estudo, os termos paciente e cliente serão utilizados como sinônimos.

Nesse contexto, os fatores externos que dificultavam o desempenho das atividades dos enfermeiros enquanto líder da equipe de enfermagem, eram explicitados e diversificados como falta de apoio dos administradores para otimizar as atividades de enfermagem, limitações para o funcionamento dos recursos de materiais e recursos humanos, despreparo da equipe por falta de conhecimento técnico-científico e conflitos inerentes ao relacionamento humano.

A despeito de tais implicações, minhas inquietações e indagações se acentuavam em relação às questões internas do fenômeno liderança, ou seja, conceber seu significado, suas representações, desvelando suas particularidades, características, atributos e as diferentes determinações que constituem qualquer fenômeno.

O que veio ao encontro para proporcionar reflexões sobre o fenômeno liderança, foi no final da graduação, através da disciplina “Administração Aplicada à Enfermagem”, em que um dos conteúdos discutia a “Liderança em Enfermagem”, fortalecendo a idéia de se formar líderes.

As “fórmulas prontas” para idealizar a liderança eficaz eram ilustradas nas mais diferentes formas, desde características da personalidade até estilos de comportamentos que o líder deveria possuir para alcançar tal objetivo.

Neste caráter de ambigüidade, permeado por dificuldades em atribuir um significado à liderança, minhas reflexões sobre esse fenômeno se orientavam para perspectivas bastante distintas, o que levou a sucumbirem minhas expectativas diante da dissonância provocada pelas diferentes formas de abordagens do tema, gerando ceticismo em relação ao significado do fenômeno liderança, permanecendo assim, um estado de inquietação.

De fato, tal inquietação fundamentava-se na seguinte proposição: como exercer a contento determinada atribuição se não se tem clareza de suas implicações e definições?

Assim, alicerçada por um referencial teórico superficial, com uma formação eminentemente assistencial, ratificando, dessa forma, o despreparo para exercer a liderança em situações com as quais me defrontaria no futuro, concluí meu curso de Enfermagem e Obstetrícia em 1993 sem, contudo, ter elucidado minhas inquietações.

Com o passar do tempo, em minha trajetória profissional, foram somando-se as experiências e concretizando-se uma prática como dirigente de equipe de enfermagem.

As formulações reflexivas sobre o fenômeno liderança, desenvolvidas no período da graduação, só ganharam sentido quando assumidas no contexto real do meu dia-a-dia através dos grupos e instituições de trabalho, pelas múltiplas relações e situações vivenciadas em virtude do conhecimento e da prática adquirida.

Hoje, olhando para trás, acredito que as “fórmulas prontas”, “despejadas” sobre nós de maneira estimulante e prazerosa, nada mais eram que “receitas” para que cada um de nós, de forma peculiar, constituísse o significado de liderança e absorvesse nas entrelinhas o lado colorido do fenômeno liderança.

Colorido pela imagem transmitida de que, como futuros líderes, teríamos o poder adquirido pela posição de supervisionar, controlar, influenciar pessoas, comportamentos e atitudes e, como retorno teríamos o reconhecimento, a admiração, a referência e a lealdade dos subordinados, desde que, com ressalva eminente, a liderança adotada fosse eficaz.

Creio que tais atrativos permitiram, de algum modo estabelecer imagens falseadas quanto à prática de liderar.

Assim, as experiências compartilhadas com outros enfermeiros evidenciaram com grande frequência que as diferentes posturas adotadas frente a uma mesma situação são heterogêneas e antagônicas entre os integrantes de um mesmo grupo. Observava que alguns impunham-se

aos subordinados, utilizando para isso o "tal poder" adquirido pela posição, outros, em muitas ocasiões, favoreciam a participação do grupo nas tomadas de decisão, mantendo um relacionamento cooperativo, e ainda aqueles que, diante das dificuldades encontradas, omitiam-se, mostrando indiferença, deixando aos subordinados o controle da situação, sem a sua interferência. Esse fato aponta a relação existente entre os sentidos dados ao fenômeno liderança e as suas implicações, que estas emanam de representações e imagens formadas a partir de um contexto muito pessoal, adquiridas na formação e na experiência de cada um.

Assim, partindo do pressuposto de que a liderança ou direção em enfermagem, seja lá como for caracterizada, é um instrumento indispensável para atuação do profissional enfermeiro, pareceu-me bastante intrigante o fato de persistir uma lacuna nos estudos científicos sobre liderança em enfermagem no Brasil.

Dessa forma, a escassez de materiais publicados sobre o tema, verificada em pesquisas bibliográficas preliminares, tornou-se base e escopo de meus questionamentos, surgindo daí as seguintes interrogações: por que, sendo a liderança um fenômeno necessariamente presente em qualquer organização e uma preocupação para profissionais que ocupam posições de líderes, independente das significações adotadas por pesquisadores, não é tema freqüente nos estudos da enfermagem brasileira? Se o fenômeno liderança assume um aspecto peculiar pelo qual é tratado por pesquisadores e pessoas, como a categoria de enfermeiros o representa?

Para pensar tais fatos, na pequena "viagem" bibliográfica que fiz sobre liderança em enfermagem, deparei-me com os estudos de Rozendo (1995), que analisa e critica a visão do fenômeno liderança na enfermagem brasileira.

Segundo a autora, os estudos sobre liderança no Brasil são ainda bastante incipientes, ela é tratada de maneira cristalizada e idealizada. A idéia central da autora é a de que existe uma tendência à mitificação, que reforça uma certa alienação dos trabalhadores da área. Isto é, com

base nos aspectos que derivam do mito, que irei definir adiante, permitem inúmeras interpretações decorrentes de pensamentos de várias épocas, como algo inquestionável, simplesmente aceito e em uma compreensão não alicerçada em propósitos definidos.

Assim, identificar as representações e imagens de liderança adotadas pelos enfermeiros é uma forma de compreender seu posicionamento sobre a temática em questão, em razão de que, "[...] as imagens falam sobre o viver! Nossos desejos, nossas angústias, nossas ditas loucuras, nosso sofrer, nossas alegrias, nosso morrer, nosso transcender". (NITSCHKE, 1999, p. 2)

Diante desse contexto, os pontos acima relacionados direcionam para o tema que busco desenvolver na presente investigação, portanto, proponho a questão e a hipótese que se segue:

Quais são as Representações e Imagens que o enfermeiro constrói sobre o exercício do papel do líder?

A hipótese a ser verificada, sustentada pelos resultados do estudo de Rozendo é:

A liderança na enfermagem vem sendo tratada na profissão de maneira cristalizada, idealizada, envolta por um caráter mítico.

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA

Minha experiência e bibliografias referentes ao tema mostram que a liderança constitui-se em uma temática de suma importância para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro nas suas diferentes áreas de atuação. Sua essência não pode, talvez, ser descrita por meio de uma única lista de atividades e regras em razão dos diferentes enfoques que vêm ganhando ao longo do tempo, mas pode ser identificada através das representações e imagens que estão

expressas nas ações cotidianas do enfermeiro, enquanto dirigente da equipe de enfermagem e em seu discurso.

Dessa maneira, para propor este estudo, em um primeiro momento, o desafio foi optar por um processo metodológico que permitisse compreender como vem sendo colocado o pensamento sobre o assunto a nível discursivo. É dessa forma que recorri a uma fundamentação psicossocial, onde enfoco a temática da "representação e imagem".

Essa vertente funda-se nos aspectos que a envolvem, como percepção, lembranças, cultura, crenças e sentimentos que atuam sobre os comportamentos, tornam-se evidentes neste processo, pois o real de cada um é também seu imaginário, "ele" é parte integrante de nossas vidas. Entendo que uma definição de liderança expressa pelo enfermeiro está relacionada, antes de tudo, à evocação de uma "imagem" construída no discurso de experiência deste enfermeiro. Busco, assim, identificar estas "representações e imagens" , bem como suas implicações na prática do seu cotidiano.

Acredito que, através da interpretação dos resultados, possa lançar luz sobre os resultados do trabalho de Rozendo (1995), identificando essa idealização, cristalização e mitificação envolvidas no tema liderança, na prática cotidiana do enfermeiro.

Assim, a relevância desta pesquisa ao identificar as imagens que o termo liderança ganha no exercício profissional do enfermeiro, segundo sua própria visão, concede aos enfermeiros um repensar a si mesmo, pois acredito que somente o conhecimento dessa prática é que permitirá a possibilidade de escolha para seu desenvolvimento e aperfeiçoamento profissionais.

Com a amplitude e complexidade do fenômeno liderança, alicerçada à escassez de estudos sobre o tema na enfermagem brasileira, pretendo que este estudo seja sugestivo e possa contribuir junto aos esforços na concretização de novas investigações sobre a temática em

questão. E, ainda, os resultados e as hipóteses a serem investigadas neste trabalho permitirão oferecer subsídios para reflexões sobre a teoria de liderança em administração, de maneira que fuja à regra das teorias de caráter normativo.

É importante ressaltar que o campo onde foi realizado o estudo, é um Hospital Escola, sendo de grande relevância em razão de fazer parte do processo de formação do enfermeiro. As ações dos enfermeiros que atuam nesse cenário, contribuem na percepção dos acadêmicos para aprimoramento e reconhecimento da prática de direcionar uma equipe de enfermagem.

2 ALGUMAS IDÉIAS SOBRE LIDERANÇA

2.1 LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

Esse capítulo tem como objetivo abordar alguns conceitos e implicações da liderança em enfermagem. De acordo com o que já deixei explícito em trechos anteriores deste estudo, pouco se tem investigado acerca do tema liderança no contexto da enfermagem, portanto, aqui é fundamental examinar algumas idéias.

Inicialmente, para reconhecimento de como é pensada a liderança na enfermagem, faz-se necessário discutir dois problemas:

"O que é enfermagem?"

"Como é a estrutura organizacional onde a liderança do enfermeiro ocorre?"

Segundo Horta (1979), a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano, no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, por meio do ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde, em colaboração com outros profissionais. Essa assistência é prestada pela equipe de enfermagem, profissão socializada, em decorrência da divisão social e técnica do trabalho, constituindo prática heterogênea, realizada por diferentes categorias, com formação diferenciada e legalmente institucionalizada. Composta por profissionais que possuem o nível elementar (auxiliares de enfermagem), nível médio (técnicos de enfermagem) e os profissionais com formação superior, os enfermeiros.

O enfermeiro situa-se em posição natural como o responsável pela equipe, uma vez que seu grau de formação, em nível superior, lhe atribui a coordenação das atividades exercidas pelos demais membros da equipe, ou seja, a assistência de enfermagem prestada aos clientes.

Entende-se por assistência de enfermagem:

O conjunto de ações sistematizadas e desempenhadas pelo enfermeiro e demais elementos da equipe de enfermagem, de modo a colocar o assistido em condições de reassumir sua autonomia em questões de saúde. Esta sistematização dos cuidados, é realizada a partir da identificação da situação do cliente, mediante informações do próprio, de sua família e dos componentes da equipe de saúde direta ou indiretamente (SIMÕES, 1980, p. 156).

No Brasil, antes da promulgação da lei do exercício profissional, as equipes de enfermagem que atuavam nos serviços de saúde eram compostas exclusivamente por atendentes de enfermagem – uma categoria de profissionais que não possuía nenhum embasamento teórico técnico científico e muitas vezes, nem mesmo o ensino elementar completo.

O conhecimento e a destreza para desenvolver os cuidados de enfermagem eram adquiridos com a prática do dia-a-dia sob a supervisão e orientação de um atendente de enfermagem experiente, este referenciado como "Chefe" ou "Supervisor de Enfermagem", que por sua vez, teve o mesmo processo de aprendizagem, através de um atendente de enfermagem ou a oportunidade de trabalhar com uma especialidade médica que o iniciou nas práticas dos cuidados de enfermagem.

Ao "Chefe" ou "Supervisor de Enfermagem", além da responsabilidade das atividades da equipe de enfermagem, eram atribuídas todas as atividades desempenhadas hoje pelo enfermeiro, já citadas neste estudo, inclusive o poder de decisões nos casos de demissões, admissões e remanejamento com a equipe de enfermagem.

A indicação para ocupar tal cargo, ocorria através da autoridade superior da organização hospitalar, onde os critérios que prevaleciam eram os fatores experiência, tempo de serviço na instituição e principalmente confiança. Assumindo tais responsabilidades, o escolhido investia-se de autoridade para fazer cumprir a indicação de confiança e comprometer-se com os objetivos da organização.

Mesmo com a institucionalização da profissão, em 1986, muitos hospitais mantinham o atendente de enfermagem como responsável pelos serviços de enfermagem por proferirem mão-de-obra mais barata para a organização. O enfermeiro só veio a ganhar totalmente seu espaço através da Resolução 168 de 06.10.93 do COFEN - Conselho Federal de Enfermagem, onde explicita no Art. 2º, § 1º :

Os estabelecimentos prestadores de assistência de saúde públicos, privados e filantrópicos, devem apresentar Certidão de Responsabilidade Técnica (C.R.T.) de Enfermeiro, para receberem autorização ou alvará de funcionamento, e a renovação deste.

Com esta resolução, que consolidou a importância do papel do enfermeiro nos Serviços de Saúde, o enfermeiro, ao inserir-se nas organizações hospitalares, deparou-se com dois fatores imediatos dificultadores no exercício de suas atividades enquanto dirigente da equipe de enfermagem. Primeiramente foi a presença de alguns membros na equipe que resistiam em trabalhar de forma cooperativa com o enfermeiro, gerando um clima de conflitos e muitas vezes de hostilidade, situações estas presenciadas e vivenciadas por mim. Acredito que, talvez sejam em consequência das relações de poder que emanam destas interações, ou seja, a forma pela qual os enfermeiros mantêm o controle dos trabalhadores sob sua responsabilidade.

No seu trabalho, Rozendo (1995, p. 143, grifo nosso) afirma que o enfermeiro em sua típica prática autoritária desconsidera os liderados, por assim considerar:

Eles (**os liderados**) são colocados como depositários do saber, do controle e, de certo modo, da vontade da enfermeira. Fica claro que as relações estabelecidas entre aqueles que estão mais ao lado do trabalho intelectual e aqueles que estão mais próximos do trabalho manual, referem-se a relações de (frágil) poder autoritário, não compartilhado e de reduzida dialogicidade.

Concordo com Rozendo (1995) no sentido em que ao enfermeiro é atribuído o trabalho intelectual, pois, como atesta Kron (1978), raramente a assistência ao paciente é realizada pelo próprio enfermeiro, uma vez que na grande parte do tempo assume atividades denominadas administrativas. Atribuo este fato ao segundo fator que dificulta o desempenho

das atividades do enfermeiro, devido a que durante o processo de educação profissional, os enfermeiros são introduzidos em um papel profissional ideal, com base em conhecimentos científicos, aprendem a valorizar o cuidado individualizado aos pacientes, porém na realidade cotidiana,

Ao inserirem-se no âmago de uma organização, as enfermeiras deparam-se com um trabalho que as leva a uma conduta organizada segundo rotinas preestabelecidas; delas é esperado que cumpram regras e regulamentos burocráticos, observem a hierarquia de autoridade e não se desviem para o novo e inesperado, ou para fatos não contemplados no esquema. Estas expectativas do papel da enfermeira por parte da instituição são percebidas como descaracterizando o papel ideal que lhes foi ensinado (TREVIZAN, 1988, p. 64).

Kurcgant (1991, p.176), considera que as estruturas das Organizações de Saúde no Brasil são típicas das Escolas Científicas e Clássica da Administração, por assim caracterizar-se:

A estrutura formal dessas organizações é rígida, com níveis hierárquicos bem definidos, com organogramas em forma de pirâmides, com níveis decisórios compatíveis – ou seja: no ápice da pirâmide está o grupo que delibera e, na base, o grupo que executa. Nessas organizações, a estrutura dos serviços de enfermagem também se desenvolve segundo esse modelo. Os elementos do nível intermediário dessa estrutura assumem, enfaticamente, as atividades da função da supervisão, tendo como proposta básica o 'cumprir e fazer cumprir as ordens superiores'.

De acordo com Trevizan (1988), em uma instituição hospitalar a autoridade procede de um sistema de normas racionais, escritas, que estabelecem com exatidão as relações de mando e subordinação e atribuem as atividades de forma sistemática, com vistas aos fins visados; sua pirâmide de autoridade é uma característica básica da estrutura organizacional burocrática.

Considerando que uma organização hospitalar caracteriza-se por uma estrutura burocrática, Trevizan (1988, p. 46) relaciona fatores que propiciam o enquadramento do serviço de enfermagem aos moldes burocráticos da instituição, são estes:

Estrutura formal, com hierarquia definida, do serviço de enfermagem;
A existência de normas escritas que estabelecem os padrões de comportamento de seus integrantes;
A centralização do controle na administração superior do Serviço de Enfermagem, limitando a tomada de decisão das enfermeiras administradoras subordinadas.

Na prática profissional de enfermagem num hospital burocrático, Rosenow (1983, p. 34) assim descreve a expectativa de papel sobre a unidade de internação:

os médicos admitem o paciente, avaliam suas informações com o propósito de selecionar os serviços que ele receberá, e então ordenam quais os serviços necessários àquele paciente. A enfermeira por sua vez, executa estas ordens ou as transmite a outros departamentos do hospital. Ao paciente a enfermeira transmite regulamentos e instruções do hospital, assim como instruções relativas às ordens médicas. Ela assegura, então, o cumprimento das ordens médicas e controla a obediência do paciente as instruções e regulamento. Em suma, a administração do hospital assegura a disponibilidade de todos os serviços necessários em potencial, o médico seleciona os serviços prestados e a enfermeira executa e controla a prestação de serviços.

Sendo assim, o hospital como maior empregador de enfermeiros espera que estes profissionais comprometam-se com os objetivos da organização, isto é, não ajam apenas em conformidade com as normas padronizadas, mas sejam responsáveis também por manter essa padronização ou, em outros termos, por manter a burocratização, incorporando o seu modelo burocrático (TREVIZAN, 1988).

De acordo com o exposto, percebe-se que a função administrativa burocrática é um tipo de comportamento impessoal, orientado por normas, rotinas e objetivos traçados pela organização. É interessante observar que o cumprimento dessas normas pelo enfermeiro, obriga a um distanciamento do desempenho de atividades diretas de assistência de enfermagem, constituindo, portanto, em incompatibilidades inerentes de suas competências asseguradas por lei e da descaracterização do papel ideal que lhe foi ensinado. Assim, ao enfermeiro não cabe estar questionando papéis, apenas assume a direção que lhe foi outorgada e passa a exercê-la de acordo com as expectativas da instituição.

Nesse contexto, Kurcgant (1991) considera que muitas vezes essa realidade vivenciada pelo enfermeiro gera impasses, uma vez que os diferentes elementos dos grupos de saúde, de enfermagem e da própria organização, têm interesses diferentes entre si. Ressalta que o enfermeiro sente-se então dividido em atender as expectativas de cada um, somando a essas as

suas próprias enquanto pessoa e profissional, gerando assim um estado de insegurança e frustração. Por essa razão, o enfermeiro negligencia sua primária e principal responsabilidade: prestação de assistência de enfermagem ao cliente.

Esse impasse, do enfermeiro incorporar à sua prática diversas funções afins, é alvo de estudos críticos, como avalia Simões (1997, p. 44):

Esse perfil do enfermeiro, há muito tornou-se ultrapassado e decadente, pois não atende às suas próprias aspirações, como pessoa e como profissional, gerando insatisfação e frustrações; nem tão pouco ao cliente, que tem seu cuidado fragmentado, sua assistência pouco planejada e suas necessidades superficialmente atendidas. Não mais atende também, aos anseios da sociedade, que atualmente vem reconhecendo a necessidade de educar-se para a saúde, de tornar-se co-responsável por ela, sendo que, para isso, deveria ter no enfermeiro um elemento facilitador e promovedor dessa auto-educação.

Corroborando com esta autora, Almeida (1984) diz que o que colabora para a indefinição da função do enfermeiro, é o processo da alienação do trabalho, pois o auxiliar de enfermagem presta os cuidados de enfermagem, o médico examina os clientes, realizando a prescrição e evolução médica, e a enfermeira verifica se os cuidados de enfermagem e a prescrição médica foram cumpridos.

O cuidado direto do paciente, à exceção de certas áreas altamente especializadas como cuidado intensivo, confia-se, na maioria dos casos, aos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Embasada em minha experiência, e como já foi dito anteriormente, esses problemas decorrem do processo de formação eminentemente assistencial opondo-se à prática do enfermeiro. Ou seja, somos preparadas para administrar⁵ medicamentos, realizar curativos e estar ao lado do paciente para apóia-lo em todos os momentos de seu tratamento terapêutico. Porém, com a prática do dia-a-dia, verifica-se que não é possível administrar o medicamento, realizar o curativo e muito menos dar apoio aos pacientes nas etapas de seu tratamento. O conhecimento prático e teórico adquirido, limita-se a delegar aos membros da equipe de enfermagem a

execução de tais procedimentos, e concordando com a fala de Trevizan (1993), o sentimento é de frustração.

Oliveira (1981, p. 28), destaca bem essa situação vivenciada pelo enfermeiro ao declarar:

No início da vida profissional, os enfermeiros descobrem que são outras as expectativas das instituições de saúde; ou melhor, tais expectativas são muito vagas [...] o enfermeiro deve se conformar com os contornos determinados pela organização dirigidos no sentido dos enfermeiros preencherem os vazios administrativos, acumulando tarefas que os afastam do cliente, dificultando, inclusive, o seu desempenho técnico.

Outros fatores apontados em estudos desenvolvidos quanto à (in) satisfação do enfermeiro com seu trabalho, são observados no estudo de Dias (1999), cujos resultados mostram que as relações interpessoais (entre os próprios integrantes do grupo) e a remuneração são os maiores níveis de insatisfação dos enfermeiros.

No estudo de Matsuda (2002), também sobre satisfação profissional da equipe de enfermagem, realizado no Hospital Universitário de Maringá vinculado a Universidade Estadual de Maringá, os resultados mostraram que a autonomia e interação são os fatores de maior importância para a satisfação no trabalho dos enfermeiros.

Surpreendentemente nos referidos trabalhos de Dias (1999) e Matsuda (2002), os níveis de (in) satisfação quanto a distribuição de tarefas da organização do trabalho do enfermeiro, conforme parte da literatura ora aqui apresentada, não foram apontados em primeiros colocados.

Em face destes resultados apontados, penso, que atribuir um conceito à satisfação no trabalho depende de fatores intrínsecos e extrínsecos ao profissional (cultura, educação, religião, ambiente, remuneração e outros), partindo assim de uma perspectiva muito pessoal. Porém, é imprescindível destacar que a qualidade dos relacionamentos interpessoais dentro de um

⁵ Termo técnico utilizado na área da saúde ao aplicar medicamento por via parenteral.

grupo é fator determinante para manter a equipe motivada e satisfeita. Conseqüentemente, isso traz reflexos positivos na produtividade, na assistência prestada aos pacientes, na resolução de problemas; enfim, implica na qualidade do serviço como um todo.

Diante dessas discussões, com o conhecimento do ambiente organizacional onde acontece a liderança do enfermeiro e sua realidade vivenciada, vejamos algumas idéias de como é conceituada e caracterizada a liderança na perspectiva da enfermagem.

Para Trevizan (1993), a liderança do enfermeiro é fundamentada no conhecimento das necessidades dos pacientes, nos membros da equipe, para que cada um desenvolva o seu potencial e nos objetivos traçados pelo grupo.

Lamberstein (1996) concorda com Trevizan (1993) quando diz que o enfermeiro, como membro da equipe, tem influência direta e, como líder, influi diretamente na qualidade do cuidado e nas relações do grupo. Acrescenta que o grupo somente se desenvolve à medida que as qualidades de liderança promovam seu desenvolvimento. Lembra que o sucesso da liderança é a aceitação do líder e a confiança sentida em sua capacidade de liderar.

Pode-se observar aqui, que a assistência de enfermagem ao paciente é o reflexo do conhecimento e da influência das ações do enfermeiro, porém, discordo parcialmente do ponto de vista de Lamberstein (1996) e afirmo que não só a aceitação do líder e a confiança na sua capacidade de liderar são fatores que garantem o sucesso da equipe. Dentro de um grupo, as percepções e comportamentos, até mesmo as idéias, são heterogêneos, e mesmo na situação ideal, onde estão presentes estes fatores, ainda assim a liderança pode não ter êxito. Para esta situação, ilustro o exemplo de John R. Schermerhorn Júnior et al. (1999, p. 233), da demissão do treinador do time de futebol, que caracteriza bem a questão da "aceitação" do líder.

Depois que a equipe teve uma campanha ruim. Nem o presidente do clube, nem mais ninguém, tem certeza absoluta do motivo do time ter perdido. Como é impossível demitir todos os jogadores, um novo treinador entra na história, simbolizando a mudança de liderança que, com certeza, vai 'dar uma virada' no time (pelo menos é o que a diretoria do clube afirma).

Para Trevizan et. al (1989), o foco da atuação do enfermeiro é a administração da assistência ao cliente. Para tanto, o profissional necessita ter competência e autoridade, demonstráveis através da autodeterminação de suas tarefas e do planejamento de suas ações, que visam o atendimento dos pacientes, norteados pelos valores específicos da profissão.

De acordo com Valiga (1994), os enfermeiros líderes precisam ser inteligentes, adaptáveis, flexíveis e serem excelentes comunicadores; devem estabelecer sua base de poder na competência, falando e agindo com suas convicções.

Secaf (1977) enfatiza ainda ser a liderança uma responsabilidade do enfermeiro, pois ele deverá coordenar as atividades do pessoal da equipe de enfermagem. A autora lembra que o enfermeiro deverá demonstrar liderança, seja qual for o seu cargo na instituição de saúde, pois o mesmo detém autoridade e requer capacidade para a tomada de decisões. Neste ponto acredito, que a tomada de decisão pode ser descentralizada, cabendo ao grupo participação no processo decisório, afinal, é o grupo quem na realidade assiste ao paciente.

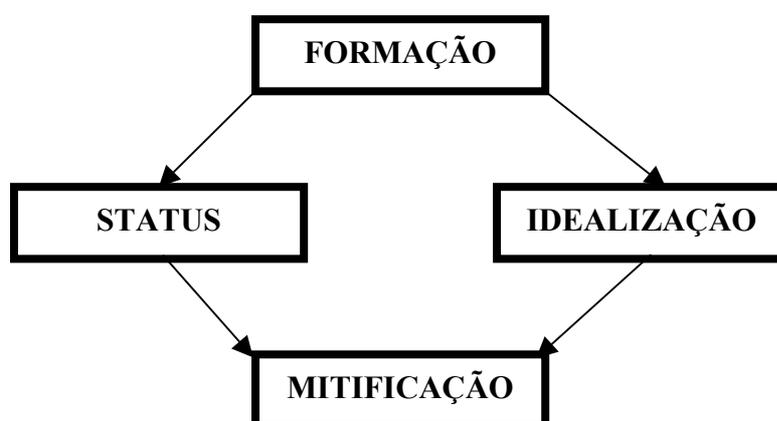
Discordo de Paim (1978) quando considera a necessidade do enfermeiro estar consciente e disposto a aceitar as responsabilidades de liderança, que o enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem e, como tal, necessita conhecer os princípios de liderança [sejam eles quais forem] e conceitua o líder como a pessoa que consegue a cooperação dos membros da organização que ele dirige. Ora, como se apresentar consciente e disposto para assumir a responsabilidade de liderar uma equipe de enfermagem sem ter sido preparado para isso? Como conhecer os princípios da liderança, se é um tema permeado por ambigüidades?

Para Melo et al. (1995) o enfermeiro-líder tem a capacidade de dirigir o seu grupo para o alcance dos objetivos comuns e, por conseguinte, da melhoria da qualidade da assistência ao cliente e da satisfação no trabalho. No entanto, esta parece não ser a realidade. Esta visão de que o enfermeiro "tem", como se a liderança fosse inata, não preenche o requisito necessário a um bom dirigente. Acredito que para ser um bom líder deve-se saber a respeito dos valores sobre os quais estão fundados a sua prática. Assim, vejo a liderança do enfermeiro como um instrumento de poder em que os valores são fundados na função do cargo e na reprodução social de que o conhecimento é uma forma de dominação/subordinação.

Nesses pressupostos, como mencionado anteriormente, uma das hipóteses deste estudo é verificar à luz dos resultados do trabalho de Rozendo (1995) como a liderança vem sendo tratada na profissão. Para tanto, conhecer o desenvolvimento de seu estudo torna-se necessário para os objetivos propostos deste trabalho.

2.2 CRISTALIZAÇÃO DE UMA IDÉIA

Rozendo (1995) teve como objetivo apreender a visão que se tem da liderança na enfermagem, através da análise crítica da literatura produzida predominantemente no Brasil sobre o tema, no período de 1930 a 1995. Os dados empíricos foram extraídos a partir dos discursos sobre o assunto, contidos em 14 periódicos pesquisados. De forma esquemática, os resultados de seu estudo podem ser sintetizados conforme ilustrado através da figura 1.



Fonte: Elaborada pela autora – Ana Cleide.

Segundo Rozendo (1995), no processo de formação do enfermeiro e até mesmo nos programas de treinamento, o discurso da liderança é tão forte que o classifica como o "estandarte de sobrevivência" dessa categoria profissional.

A idéia transmitida neste contexto, é que a liderança é colocada como algo dado, inquestionável, como se fosse um direito adquirido pelo enfermeiro em função da autoridade concedida pelo diploma e da divisão técnica do trabalho, conferindo-lhe, dessa maneira, o status de líder da equipe de enfermagem, sem que haja uma discussão mais profunda sobre o significado desse status e desse comportamento.

Analisando o comportamento do enfermeiro, na condição de líder da equipe de enfermagem, Rozendo (1995) acredita que há interesse da própria categoria em preservar esse status de líder, por diferenciá-la dos subordinados e mantê-la mais próxima do poder, em virtude da posição que ocupa; sentem-se (os enfermeiros) privilegiados em exercer as atividades intelectuais dentro da equipe; acreditam que é inconcebível que outro elemento do grupo possa assumir este papel, uma vez, que a liderança lhe foi outorgada desde sua formação.

Diante dessas considerações, sobre o pensamento do enfermeiro quanto a questão de liderar, Rozendo (1995) afirma que esse entendimento de liderança leva a categoria a permanecer em uma posição cristalizada, prejudicando o diálogo e a democratização das relações entre os membros da equipe de enfermagem; que essa visão de liderança é superficial, ideologizada e acrítica, portanto reprodutora das relações sociais de dominação/subordinação. Fatos estes,

que vão se reproduzindo de forma linear, e assumindo um sentido real e aceito por todos (pelos agentes da enfermagem e pelos enfermeiros) caminha para a mitificação, isto é, na qualidade de aceitação pela totalidade das pessoas, não se permite diálogo nem questionamentos, é algo para ser simplesmente aceito.

Ademais, Rozendo (1995, p. 146) refere que para superação desse mito que acerca a questão da liderança em enfermagem, deve-se conduzir os trabalhadores de enfermagem a construção de uma práxis,

[...] que pode elevar os trabalhadores de enfermagem à condição de construtores de seu tempo, sua história, sua vida. Uma práxis que leve ao entendimento da questão da liderança na enfermagem não como um a priori, uma prerrogativa da enfermeira, mas como algo a ser construído pelo conjunto de seus trabalhadores [...]. A liderança na enfermagem deve ser resultado da luta diária dos indivíduos que a compõem, deve ser resultado do trabalho coletivo, partilhado, democratizado. Deve ser fundamentalmente, resultado da valorização e do reconhecimento de todos os atores envolvidos no processo de construção diária do futuro.

Comparando os resultados do trabalho de Rozendo e o significado atribuído à liderança em enfermagem pelos autores citados anteriormente, acredito que os resultados do trabalho dessa autora, no que tange a visão do enfermeiro sobre liderança faz alusão a visão demonstrada por estes autores. Isto implica dizer que o entendimento da liderança na enfermagem, na visão destes autores é acrítica e idealizada.

Nesta "visão", afirmam que para o enfermeiro desenvolver uma liderança eficaz "deve" demonstrar competência, habilidade, inteligência e autoridade para comprovar sua autodeterminação. Essas características são a trajetória para conquista da confiança da equipe, o que levará a influenciar as ações de cada membro para o estabelecimento e para o alcance dos objetivos do grupo. Essa compreensão leva inevitavelmente a um pensamento demasiadamente idealizado ao se esperar que os enfermeiros tenham qualidades inatas necessárias para exercer o papel de líder.

Penso que, em se tratando de uma prática que faz parte do cotidiano do enfermeiro, a liderança em enfermagem impõe-se a ser compreendida no seu campo específico de ocorrência para que reflita a realidade vivenciada destes profissionais, portanto, as estruturas organizacionais "deveriam" ser colocadas no centro da discussão, de modo que refletisse em uma "visão" mais realista e crítica dos fatores que determinam tal prática.

Visto como a liderança na enfermagem é pensada, faz-se necessário recorrer à área da Administração, verificar como conceituam liderança para que sirvam de pistas para reflexões em torno dessa temática.

2.3 LIDERANÇA: CONCEITOS E IMPLICAÇÕES

Início este capítulo reportando-me à uma importante afirmação de Bennis (1988, p.5): "Assim como o amor, a liderança continua a ser algo que todos sabem que existe, mas ninguém pode definir".

Nessa perspectiva, já que a definição de liderança parece ser algo tão peculiar, o objetivo deste capítulo é apresentar o que levantei na literatura especializada, algumas referências atribuídas à temática liderança de modo que contemplem alguns conceitos e implicações.

Diante da multiplicidade de aspectos sob os quais se estudou e ainda hoje se estuda questões referentes à liderança, percebe-se que o empenho dos estudiosos no campo teórico e empírico de pesquisa é identificar os fatores para o desenvolvimento da liderança eficaz, isto é, levar as pessoas a serem bem sucedidas em suas atividades.

A liderança vem ao longo dos anos ganhando diferentes aspectos, assim, seu entendimento na literatura parte de uma perspectiva individual, dependendo da formação e do interesse que move a investigação do pesquisador.

Trevizan (1993) coloca que a pluralidade do termo liderança é compreensível uma vez que está inserida em qualquer grupo, em qualquer situação dos mais diversos campos de ação.

Segundo Kolasa (1978), os primeiros estudos em desvelar as implicações envoltas na temática liderança, enfatizavam especialmente as qualidades pessoais do líder, hoje conhecida como Teoria dos Traços, marcada pela teoria do "Grande Homem", cuja idéia central era explicar que o avanço do mundo foi produto dos efeitos pessoais de grandes homens.

Tal tendência de estudo ficou assim conhecida porque seus pesquisadores, propunham que o líder é aquele que possui algumas características ou traços de personalidade que o fazem melhores líderes que outros para o desempenho do papel da liderança.

A descrição destas características pessoais envolvia aspectos intelectuais, emocionais e físicos, ou seja, os líderes nasciam como tal, não havendo a probabilidade de fazê-los por meio de uso de técnicas de desenvolvimento pessoal, conforme afirma (BERGAMINI,1994).

Contudo, as imprecisões práticas na teoria dos traços evidenciaram suas deficiências, ignorando aspectos essenciais, que concernem a uma liderança efetiva.

Chiavenato (1999) aponta alguns aspectos falhos, como a falta de consideração da influência e reações dos subordinados no processo da liderança, assim como a ignorância da situação em que a liderança se efetiva.

Desse modo, os estudos não tiveram o impacto suficiente para formar uma teoria geral das características do líder; percebeu-se, como complementa Bergamini (1994), que uma única variável não seria suficiente para explicar o conceito de liderança.

A Teoria dos Traços predominou até a década de quarenta, dando passagem a um novo direcionamento, as Teorias Comportamentais, onde a ênfase deixa de ser dirigida para aquilo que o líder é, para centrar-se naquilo que o líder faz (BERGAMINI, 1994). O interesse dos pesquisadores neste enfoque era caracterizar os estilos de comportamentos adotados pelos líderes que resultavam em um estilo de liderança eficaz, ou seja, se preocuparam em estudar como o líder orienta sua conduta, o que ele faz frente ao subordinado.

Kurcgant (1991) destaca alguns estudos desenvolvidos sobre o estilo do comportamento dos líderes, dos quais seguem.

Os estudos desenvolvidos na Universidade de Ohio no final da década de 40, os investigadores tinham como objetivo identificar as dimensões do comportamento do líder. Chegou-se a conclusão que havia duas categorias capazes de descrever a maioria dos comportamentos do líder.

A primeira, comportamento de estruturação, refere-se as atividades como planejar, organizar, executar e controlar a execução de tarefas do grupo. A segunda categoria, denominada comportamento de consideração, refere-se ao relacionamento entre os membros do grupo, estabelecimento de confiança mútua, respeito pelas idéias dos subordinados, relações amistosas.

Os Estudos da Universidade de Michigan, desenvolvidos na mesma época das pesquisas em Ohio, identificaram duas categorias do comportamento do líder, decisões orientadas para a produção e decisões orientadas para o empregado.

Os resultados desse estudo identificaram que o líder orientado para a produção originava menor produtividade do grupo e menor satisfação no trabalho, preocupando-se fundamentalmente com o cumprimento das tarefas e menos com as relações interpessoais.

Em contrapartida, os líderes orientados para o empregado, estavam associados a uma produtividade elevada do grupo e a uma satisfação profissional também elevada, conforme explica Kuregant (1991).

Já os estudos de Blake e Mouton (1989), desenvolveram uma grade de liderança, com o objetivo de medir a preocupação de um líder com as pessoas e com a produção. Os resultados são colocados numa matriz de nove lugares, onde o interesse nas pessoas é representado no eixo vertical e o interesse na produção, no eixo horizontal. Consideraram que o comportamento ideal de liderança é o "estilo 9.9", máximo interesse por tarefas e relações, denominado liderança de equipe.

Estudos desenvolvidos por Hersey & Blanchard, 1976; Kast & Rosenzweig, 1980, que teve como precursor Kurt Lewin⁶ em 1930, resultaram em três estilos de comportamento do líder, autocrático, democrático e laissez-faire, assim caracterizados:

A liderança autocrática, caracterizada pelo interesse na tarefa é imposta aos liderados. Não há participação do grupo na fixação de diretrizes e metas. Prevalecem os interesses pessoais do líder e todos os programas são estabelecidos pelo líder que determina quando e como fazer. A liderança democrática caracteriza-se pelo interesse nas relações humanas e é considerado o estilo mais eficaz. O planejamento e a execução das tarefas são realizados com a participação dos liderados, têm como objetivo o bem comum, promovendo o livre desenvolvimento da pessoa humana. A liderança laissez-faire ou liberal, por sua vez, é caracterizada pela ausência

⁶ Experimentos com espaço social. "In: Problemas de Dinâmica de grupo". São Paulo. Cultrix 2ª ed. 1973.

de liderança. É o estilo menos indicado, uma vez que o grupo executa suas atividades sem a participação do líder.

Observa-se que a diferença básica entre os dois principais estilos de liderança, autocrático e democrático, assenta-se na premissa de que, no primeiro, a liderança é orientada para a tarefa e não ao grupo que a executa. O líder tende a apresentar postura desmesurada de autoridade, designada como tirania ou ditadura.

O segundo estilo, a liderança democrática é orientado para as pessoas, acredita-se que os subordinados, se bem orientados e motivados, podem ser criativos no trabalho.

A partir dos resultados de estudos como esses, passou-se a defender intensamente o papel da liderança democrática, entretanto, pesquisas posteriores demonstraram resultados diversos, enfatizando que um mesmo estilo de liderança não se adequa a todas as situações, não havendo portanto, um único estilo que seja considerado melhor.

Assim, para assumir o papel de líder, deve-se distinguir as situações específicas e assumir uma posição flexível na orientação do estilo, considerando-se os membros do grupo e a tarefa a ser realizada, de forma que a postura assumida seja a mais apropriada para o contexto.

Auren (1953 apud CHIAVENATO, 1999, p. 266) enuncia que os três estilos de liderança se efetivam dependendo das variáveis envolvidas, ou seja:

Sob certas circunstâncias, a liderança autocrática dá resultados e funciona quando falham os processos anárquicos e liberais.

Sob certas circunstâncias, a liderança democrática dá resultados e funciona quando falham os processos autocráticos e liberais.

Sob certas circunstâncias, a liderança liberal dá resultados e funciona quando falham os processos autocráticos e democráticos.

Nesse contexto, verificou-se que nenhum dos três estilos de liderança eram eficazes em todas situações, que o alcance de uma liderança eficaz dependia de variáveis situacionais.

A partir daí, no final da década de cinquenta, a preocupação era tentar identificar os fatores para cada situação que envolvia a eficácia de um particular estilo de liderança, que passa a constituir a tônica de novos estudos, surgindo as Teorias Situacionais.

O enfoque das Teorias Situacionais ou Contingências predominou entre a década de 60 e o início da década de 80, tendo como contribuição os trabalhos de (FIEDLER, 1981; HERSEY e BLANCHARD, 1976).

Na concepção dessas teorias, não há um modo único que seja o melhor para liderar, salienta-se as características da situação, com vistas a alcançar a eficácia dos subordinados. Sob este prisma, os ingredientes fundamentais nesta abordagem são o líder, o grupo e a situação.

O estudo desenvolvido por Fiedler (1981), defende que a eficácia do grupo depende de uma combinação adequada entre o estilo do líder e as exigências da situação.

Fiedler mediu o estilo de liderança em uma escala que indicava "o grau no qual um homem descrevia favorável ou desfavoravelmente o seu co-trabalhador" (*least preferred co-worker* LPC). Os líderes, avalia esse autor, com alto LPC (os que classificavam de maneira mais positiva o seu co-colaborador menos preferido) têm um estilo motivado para o relacionamento, enquanto os líderes com baixo LPC (os que classificam o colaborador menos preferido de uma forma muito negativa) têm um estilo motivado para a tarefa.

Fiedler (1981) também identificou três variáveis que determinam o estilo de liderança eficaz.

A primeira, as relações líder/membros, refere-se às relações pessoais do líder com os membros de seu grupo; a segunda, estrutura da tarefa, relaciona-se ao grau de definição e estruturação das tarefas que o grupo deve executar; e a terceira, poder da definição é relacionado ao poder e autoridade inerentes à posição do líder.

A teoria desenvolvida por Hersey e Blanchard (1976) afirma que não há uma única forma melhor de liderar. Preconizam que o estilo de liderança mais eficiente depende da maturidade.

Definem maturidade como anseio de realização, propensão e capacidade para aceitar responsabilidade e experiência para o trabalho, ou seja, capacidade e disposição de realizar uma determinada tarefa. Argumentam que a liderança situacional requer que o líder ajuste sua ênfase sobre os comportamentos da tarefa e do relacionamento, oferecendo orientação e direção e apoio sócio-emocional respectivamente, de acordo com a maturidade dos liderados. Assim, concluem que: "[...] a partir da definição do processo de liderança como uma função do líder, dos liderados e de outras variáveis da situação, parece irrealista o desejo de ter um único tipo ideal de comportamento de líder" (HERSEY e BLANCHARD,1976,p.87)

Embora a Teoria Situacional e (ou) Contingencial tenha acrescentado a complexidade necessária à teoria de liderança, no final dos anos 70, os teóricos começaram a argumentar que uma liderança eficaz dependia de um número até maior de variáveis, incluindo os valores do líder e as complexidades da situação (TAPPEN,1995).

Nesse contexto, surge a liderança carismática. Embora fosse tema de estudos desde 1947, somente a partir da década de 80 que assume importante papel como estilo de liderança de acordo com Bergamini (1994). Nessa teoria, os trabalhos desenvolvidos por Bass (1985 apud BERGAMINI et al. 1997) e por Burns (1978) apontam que, neste estilo, o líder é caracterizado pela necessidade que tem do poder, tanto na esfera negativa como positiva.

Negativamente, enfatizam o poder personalizado, focado em si mesmo, e, positivamente, dão ênfase ao poder socializado, o que tende a conceder poder a seus liderados. Consideram-se eficazes e são convictos de seus valores e crenças com elevado grau de autoconfiança. Procuram adotar posturas para impressionar e serem imitados pelos liderados. Diante disso, com estes comportamentos sentem-se confiantes e acreditam obter a obediência dos mesmos.

Os subordinados, por sua vez, têm no líder um modelo a ser seguido, em decorrência, imitam seus valores e crença, chegando a idolatrá-lo e adorá-lo como um super herói ou uma figura espiritual, levando-os à uma obediência espontânea e a um envolvimento emocional com a missão da organização.

A motivação aumenta através de conversas inspiradoras com apelo emocional aos valores dos seguidores, com ênfase em aspectos tais como: lealdade, ser o melhor e vencer o inimigo. Visto como imortal, o líder carismático torna-se o catalisador dos mecanismos psicodinâmicos dos liderados, tais como aqueles típicos de projeção, repressão e regressão.

A liderança carismática, tornou-se um tópico popular na literatura recente sobre liderança, contribuindo com o surgimento da liderança transformacional e transacional.

A liderança transformacional, tratada por alguns autores indistintamente da liderança carismática, é caracterizada por Bass (1985 apud BERGAMINI et al. 1997) como o estilo de liderança que amplia e eleva os interesses dos liderados, incentivando-os a conscientização da missão do grupo e a olhar além do seu próprio interesse. Motivados, os liderados sentem confiança, admiração, lealdade e respeito em relação ao líder.

Bass (1985 apud Bergamini et al. 1997), considera que a liderança transformacional possui quatro dimensões: carisma - instila respeito e confiança do seguidor; inspiração - expressa expectativas e propósitos através de símbolos para focalizar esforços; estímulo intelectual - promove inteligência na resolução de problemas; e consideração - propicia atenção individualmente. Ressalta que os líderes transformacionais ativam a motivação dos seguidores para que aumente o engajamento, quer beneficie ou não os seguidores, o que não exclui líderes que apelam para necessidades de baixo nível, como Adolf Hitler, que é considerado transformacional, apesar das conseqüências negativas. Em contraste, para Burns (1978), os

líderes transformacionais são caracterizados somente por visarem os valores morais positivos e as necessidades de alto nível dos seguidores.

Destaca esse autor que os líderes transformacionais procuram aumentar o grau de conscientização dos seguidores no nível de valores morais, como liberdade, justiça e igualdade. Ele avalia, que a liderança transformacional pode ser exercida por qualquer um dentro de uma organização, podendo ocorrer por ações ou comportamentos no dia-a-dia de pessoas comuns.

Na esfera da liderança transacional, para Burns (1978), o líder motiva os liderados em troca de interesses pessoais, ou seja, trocam salários e status pelo esforço no trabalho.

Essas trocas são de comum acordo entre ambos para que se consiga um desempenho de rotina necessária, as quais envolvem quatro dimensões: recompensas oferecidas em troca das metas alcançadas por ambos; administração ativa: o líder adota medidas corretivas ao observar desvios de regras e padrões; administração passiva: o líder intervém apenas quando os padrões estabelecidos não forem alcançados, ou seja, baixo rendimento de produção dos liderados; prática do estilo laissez-faire: quando o líder resolve abdicar das responsabilidades e evitar decisões, em outras palavras, não faz um acompanhamento das decisões que exigem sua ação.

Para Bass (1985 apud BERGAMINI et al. 1997) a liderança transacional opera em combinação com a liderança transformacional. Desse modo, os líderes precisam adotar os dois estilos de liderança para serem bem sucedidos.

Na perspectiva de lançar novos desafios para promover novas maneiras de pensar os estudos sobre liderança, destaco algumas definições tais como segue.

De Pree (1987) afirma que a liderança não é uma ciência ou disciplina, é uma arte e, como tal, deve ser sentida, experimentada, criada. Em outras palavras, a liderança parte de uma perspectiva pessoal; cada um cria seu estilo de liderança que é propenso a modificações devido seu caráter pessoal e das experiências profissionais vivenciadas, concernentes as relações de grupos e organizações.

Kotter (1988) definiu a liderança como o processo de movimentar um grupo ou grupos em alguma direção por meios em sua maioria não-coercivos, ou seja, a liderança não consiste em impor ou obrigar o grupo a seguir as idéias do líder, mas sim, em o líder adquirir a confiança do grupo para juntos alcançarem os objetivos traçados.

Para Gardner (1990, p.1) o conceito de liderança é "o processo de persuasão e exemplo pelo qual um indivíduo (ou equipe de liderança) induz a buscar objetivos determinados pelo líder ou compartilhados pelo líder e seus seguidores".

Para Robbins (1991, p.1) "liderança é o processo de estabelecer formas de pensar e ensinar aos outros como desenvolver suas totais capacidades modificando as crenças que as têm limitado".

Bernhard e Walsh (1990, p.16) definem a liderança simplesmente como "um processo utilizado para movimentar um grupo em direção ao estabelecimento e à obtenção de objetivos".

Por mais que o fenômeno liderança envolva um conjunto de variáveis amplas e complexas para seu entendimento e sua prática, tornando-se para alguns algo intangível e de difícil conclusão, vale destacar alguns estudos que partem da premissa que qualquer pessoa comum é vulnerável ao aprendizado da liderança.

Para Motta (1991), atualmente acredita-se que a maioria das pessoas pode tornar-se líder, pois é possível aprender as habilidades de liderança, através de ensinamentos e de experiências de vida.

Covey (1996) refere que o aprendizado da liderança acontece através da observação de tendências, da percepção e antecipação das necessidades do mercado, da avaliação dos sucessos e erros do passado, e da absorção das lições que a consciência e os princípios ensinam.

Supõe-se, que, para Motta (1991) e Covey (1996), o processo de aprendizagem de liderança parte das experiências da "escola da vida", isto é, através de experiência tanto pessoal quanto profissional é que o indivíduo desenvolve sua capacidade para liderar.

Bennis (1988, p. 23), compartilha desses pontos de vista, do aprendizado da liderança, quando afirma: "Liderança parece ser a reunião de habilidades possuídas por uma maioria, porém usadas por uma minoria. Contudo, é algo que pode ser aprendido por qualquer pessoa, ensinado a todos, negado a ninguém".

Assim, uma revisão na literatura sobre liderança, permite concluir que a despeito da variedade de estudos que surgem ao longo das décadas, desenvolvidos na tentativa de se explicar o fenômeno, evidencia que não basta conhecer apenas seus resultados, é preciso evidentemente, produzir trabalhos para que se possa compreender a maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana dos sujeitos sobre liderança.

A própria literatura mostra que o desenvolvimento desta prática é permeado por inseguranças, dúvidas e ambigüidades.

Portanto, considerando que são as imagens que os sujeitos possuem que direcionam a sua maneira de representar e dirigir suas ações, a realização deste trabalho possibilitará identificar

essas representações e imagens concernentes ao fenômeno liderança e através de uma análise crítica contemplar as reflexões que a acercam.

2.4 DA LIDERANÇA AO PODER

Citei de forma genérica as teorias de liderança, as quais evidenciaram que liderança trata-se de abordagens de influencia e de alguém que é influenciado. Essa capacidade para influenciar pessoas, para alguns estudiosos⁷ do assunto, é denominada de poder e consideram que a eficiência dos atos de liderança depende do modo de utilizá-lo.

Ao nível de comportamento organizacional Schermerhorn Jr et al (1999), distinguem que o poder é a força utilizada para fazer as coisas acontecerem de uma forma pretendida, é o controle sobre o comportamento dos outros; enquanto influência é o que se tem quando exerce o poder e é expressa pela resposta comportamental dos outros ao seu exercício de poder.

De acordo com esses autores, o poder na esfera organizacional, classifica-se em três bases: poder de recompensa, poder coercitivo e poder legítimo.

O poder de recompensa é quando o líder usa de recompensas, como promoções e cumprimentos para controlar os subordinados. Já o poder coercitivo é utilizado como forma de punição, o líder utiliza punições para controlar os subordinados, uma vez que não agem como ele deseja, como: rebaixamento ou transferências de cargos, bloqueio de salários ou até mesmo demissões. A terceira base de poder, o poder legítimo ou a autoridade formal, é um tipo especial de poder, em que os subordinados consideram legítimo que a pessoa que ocupa uma posição de líder tenha o direito de comandar, como aprovar ou negar pedidos.

⁷ Rogers, C. R. Sobre o poder pessoal. 2ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1986.

Zaleznik, A. & URIES, M. O poder e a mente empresarial. São Paulo, Pioneira, 1981.

A nível individual, Schermerhorn Jr et al (1999), explicam que o poder pessoal independe da posição que a pessoa ocupa, as bases são a especialização e a referência. O poder da especialização é a capacidade de controlar comportamentos através de julgamentos em posse de conhecimentos e experiência que o líder tem e os subordinados não possuem.

No que se refere ao poder de referência, o líder controla os comportamentos dos subordinados, porque estes querem se identificar com a fonte de poder, isto é, o subordinado obedece porque quer acreditar e se comportar naquilo que o líder faz. Isto pode ocorrer porque o subordinado gosta do líder como pessoa, portanto, tende a fazer as coisas do jeito que ele quer, ou, porque considera que seu avanço profissional depende de fazer as coisas do jeito que o líder deseja.

Concordo com Gonçalves (1993), ao considerar, que o poder não deriva somente da posse ou do uso de certos recursos, mas principalmente das atitudes dos sujeitos implicados na relação. Nessas atitudes, devem ser levadas em conta as percepções e expectativas das pessoas em relação ao poder, porque "as imagens que um indivíduo ou um grupo faz da distribuição do poder, no âmbito social a que pertence, contribuem para determinar o seu comportamento em relação ao poder" (GONÇALVES, 1993, p. 24).

Nesse sentido, a organização como âmbito social, referencia Enriquez (1997), que apresenta os elementos que uma organização desenvolve para determinar o comportamento dos indivíduos inseridos em seu universo.

De acordo com Enriquez (1997), uma organização apresenta-se como um sistema cultural, simbólico e imaginário. O sistema cultural, é uma estrutura de valores e de normas que a organização oferece para orientar condutas e a maneira de pensar de seus diversos autores.

Para que esses autores correspondam ao ideal proposto, a organização desenvolve um processo de formação e socialização, cujo objetivo é recrutar ou excluir os membros da organização, devido que "todo modelo de socialização tem por objetivo selecionar os 'bons' comportamentos, as 'boas' atitudes" (ENRIQUEZ, 1997, p.33).

No sistema simbólico, Enriquez (1997) afirma que uma organização não vive sem narrar ou criar sagas (mitos, heróis ou ritos), com o objetivo de dar uma significação preestabelecida a sua existência e sedimentar a ação dos membros da organização, se oferece como objeto para ser interiorizado e fazer viver através de exigências que formula, impondo a cada um ser movido pelo orgulho do trabalho a cumprir.

Quando a organização não pode criar seu próprio sistema simbólico e apresentá-lo a seus membros, Enriquez (1997) explica que é devido a receios de sua própria solidez, dessa maneira, a organização conscientemente ou inconscientemente tenta arquitetar um novo controle afetivo e ao mesmo tempo intelectual. No controle afetivo, através de sagas, busca provocar no indivíduo um elã afetivo visando comportamentos conformes com aqueles relatados. No processo intelectual toda forma simbólica exprime o sistema conceitual que permite aos participantes de um conjunto pensar na organização e na sua ação.

No sistema imaginário, a organização tem por opção duas formas de imaginário: o imaginário enganador e o imaginário motor. O imaginário é enganador quando a organização tenta prender os indivíduos nas armadilhas de seus próprios desejos de afirmação narcisista, no fantasma de onipotência ou de sua carência de amor, na medida igualmente em que a organização lhes garante proteção contra angústias e a quebra da identidade da organização.

No imaginário motor, a organização permite que as pessoas se deixem levar pela imaginação criativa, favorecendo a expressão oral livre, o pensamento enquanto capacidade de questionar tudo sem se sentirem reprimidas pelas regras imperativas. Esse imaginário pode ser sempre

irreal, mas tem a relevância de fecundar o real, porque "sem o imaginário, o desejo se detém porquanto ele é proibido ou não pode nem se reconhecer como desejo nem encontrar as vias que lhe permitiriam tratar de se realizar." (ENRIQUEZ, 1997, p. 35).

Entre o imaginário enganador e o imaginário motor, Enriquez (1997) coloca que a organização tem a tendência de desenvolver um imaginário enganoso. O imaginário motor por apresentar-se como a "expressão da espontaneidade criativa da invenção técnica social", constitui um desafio as regras de funcionamento que regem as organizações mesmo para as organizações mais flexíveis. Porém em momentos de emergência, a organização pode utilizar-se do imaginário motor, mas o imaginário enganador sempre será dominador, porque é "graças a esse engodo que um grupo social estabilizado pode aparecer a seus olhos como aos olhos de seus membros como comunidade." (ENRIGUEZ, 1997, p. 37).

Assim Enriquez (1997, p. 37) observa que: "as organizações tratam, conscientemente e voluntariamente, de construir tais sistemas a fim de modelar os pensamentos, induzir os comportamentos indispensáveis à sua dinâmica".

Isso significa, que toda organização, qualquer que seja sua estrutura, quaisquer que sejam os seus objetivos e a sua importância, requer de seus membros uma quantidade variável mas sempre importante de conformidade.

É o que Enriquez (1997) chama de jogo do poder, onde há o esforço consciente de dominação com o objetivo de construir determinado modelo. A escolha desse modelo dependeria desde o humor do "tirano" até da relação de forças existentes. Nesse "jogo" o poder designa um campo passional e uma estrutura não só de construção mas de destruição, o que comporta dois tipos de conseqüências: criação de ideologias e a autonomização da instituição com suas leis e seu próprio jogo, e que termina por influenciar, condicionar e até transformar e dirigir as condutas humanas.

3 REPRESENTAÇÕES E IMAGENS

3.1 CONCEITOS E IMPLICAÇÕES

Este capítulo tem como objetivo buscar na literatura um embasamento teórico em que se apoiará a investigação. Tomando em consideração os objetivos do estudo, inspirada nos resultados do trabalho de Rozendo (1998), faz-se necessário verificar a concepção dos seguintes temas: "Representações e Imagens" e "Mito".

Alguns estudiosos como Abbagnano (1970 apud MELLO NETO, 1994a) e Mora (1975 apud MELLO NETO, 1994a) tratam os dois termos, representações e imagens, como equivalentes em seu uso. O estudo desenvolvido por Mello Neto (1994a) aborda os dois temas em três níveis: na linguagem comum, filosófica e na Psicologia Social.

No uso comum, representação é o objeto do pensamento, podendo ser uma captação ou reprodução mental discursiva ou figurativa deste objeto.

A imagem, seria aquilo que evoca uma determinada coisa, por ter com ela semelhança ou relação simbólica, podendo ser através de lembranças e recordações, tornando-se, desta forma, também uma espécie de representação mental de um objeto ou de uma impressão.

No nível filosófico, representação e imagem são muitas vezes equivalentes em seu uso; são entendidas como cópias que um sujeito possui de um objeto externo, através das manifestações cognitivas, percepções, recordações, imaginação ou, até mesmo, da alucinação.

Para Abbagnano (1970 apud MELLO NETO, 1994a), os dois termos se distinguem quando a intenção é destacar o lado sensível de uma idéia ou representação, chamam-na de imagem.

Na esfera da Psicologia Social, sobretudo naquela ligada a Moscovici (1978), as representações são as formas de conhecimento do homem comum, sem formalizações abstratas, adquiridas através de leis próprias e de sua experiência individual e grupal, de maneira a formar um sistema cognitivo peculiar capaz de engendrar ações em relação a um fato ou objeto representado.

A imagem, por sua vez, é o resultado de uma unidade ou corpo de representações que se ligam umas a outras sobre um objeto social, em um grupo social, desta forma um modelo de que o grupo se serve.

Mello Neto (1994a, p.199) conclui seu trabalho apresentando características operacionais e simples no emprego do conceito de representação e imagem, assim entendidas:

Representação trata-se:

- Do ângulo com que se pode examinar o conhecimento de um objeto; onde o conhecimento responde às necessidades de comunicação dos indivíduos e grupos sociais;
- Sob este ângulo, ao responder a necessidade, o conhecimento pode ser visto tanto quanto conceptual, como também ideativo, afetivo, valorativo e normativo;
- Sendo um ângulo com que se enquadra o conhecimento e ultrapassa o nível conceptual, a representação só pode ser analisada através do processo de comunicação e, por conseguinte, pode ser entendida como mensagem.

O autor ainda ressalta que tais características manifestam-se através de dois aspectos inseparáveis, o seu conteúdo e a sua composição/estilo, porém, nada impede que um ou outro aspecto possa ser visto separadamente nos trabalhos de análise de mensagens. Quanto à imagem, trata-se de quando se quer realçar o lado colorido afetivo, sensível de uma idéia ou representação.

Para Kães (1994), autor que utiliza abordagem psicanalítica, mas que também discutiu o problema das representações, estas compreendem três dimensões:

- Representação é o resultado do conteúdo do pensamento;
- Resulta de imagens visuais, figuradas ou espetaculares de um objeto ou da representação de um sujeito a um outro sujeito;
- Delega a um elemento de um grupo, o poder de representá-los.

Nota-se a semelhança entre os estudos de Mello Neto e Kães, mas, há algo que os diferencia quanto à Mello Neto considerar os valores ideativos e afetivos na concepção de representação.

Assim, as conotações descritas, fornecem indicações de como as representações construídas pelas pessoas definem o objeto, segundo uma dimensão cognitiva (as idéias, os pensamentos, as concepções, a visão etc.), e de uma dimensão afetiva (os afetos, os desejos, as ambições), remetendo-se desse modo as imagens, o que torna as duas dimensões indissociáveis.

Respalhando as colocações acima, Moreira (2001, p.69) afirma: "Toda representação é sempre 'uma representação de alguma coisa ou de alguém', processo em que se fundem o conceito e o objeto percebido no seu caráter imaginante. A natureza imaginante ou figurativa da representação está invariavelmente vinculada ao seu aspecto significante".

Para Moscovici (1978), o processo de construção das representações introduz o sentido atribuído ao objeto através da história pessoal do sujeito, suas relações cotidianas e o significado que este sujeito reivindica ter o objeto para os outros. Jovchelovitch et al. (1994) apontam que este significado que o sujeito toma como referência do objeto percebido pelos outros está de acordo com o segmento determinado pela sociedade, levando o sujeito à representações que podem tornar-se ao mesmo tempo ilusórias, contraditórias ou verdadeiras, retratando e refratando a realidade. Por sua vez, as representações construídas pela sociedade, advêm da classe social, da cultura ou grupo e não são tomadas como definitivas, mas como intrinsecamente processuais de acordo com Moreira (2001).

Portanto, as representações constroem-se na história de uma dada formação social, que, ao longo da vida, assimila valores, formas de condutas e normas, padronizando, então, as definições de objetos, porém as ações podem se modificar, dependendo das mudanças no nível de consciência sobre o objeto.

De acordo com o processo da humanidade, o homem nasce, cresce, se torna adulto e caminha para velhice. No entanto, essas mudanças ao longo da vida não permitem dizer que o sujeito seja a mesma pessoa, pois nesse espaço de tempo vem se transformando de acordo com as experiências e as mutações da realidade, suas representações são concernentes a este processo. Sendo assim, as representações não são atos isolados ou estáticos, mas sim, sistemas de interpretações que regem nossa relação com o mundo e com os outros, que circunscrevem espaços e tempo, e ainda, aponta confins, segundo Moreira (2001).

Na perspectiva das representações grupais, para Lauwe, Paul Chombart de (1967) os membros de um mesmo grupo têm representações que lhes são comuns, decorrentes da organização e conhecimentos que o grupo possui de um objeto social. Cada um sofre a influência dos outros, o sujeito se apóia sobre o modo de pensar de seu grupo para localizar

suas lembranças e ordenar os objetos, seguindo o nome e o sentido que lhe é atribuído, porém a maneira pessoal de reagir do sujeito pode concorrer para a modificação das representações de seu meio.

As imagens, por sua vez, não têm uma preocupação coerente e sistematizada de uma formulação filosófica ou científica, seus elementos podem às vezes se encavalar, colidir e se contradizer. Contudo, positivamente ou negativamente, ela reflete valores, normas de um modelo social, afirma Lauwe (1967).

Ainda Lauwe (1967) avalia que estas imagens, nascem, se modificam e variam de acordo com a visão de mundo e de sociedade que o sujeito têm, em parte, correspondem a sua cultura e experiência pessoal. Seu comportamento e sua ação se inspiram nesta visão global e em suas representações particulares, essas últimas, são atribuídas em maior ou menor relevância à sua hierarquia de valores, que por sua vez, depende do modo como as lembranças se organizam.

As imagens, sejam negativas ou positivas, exprimem normas e valores, as estimadas superiores são exemplares, expressam uma aspiração, um ideal, no qual Lauwe (1991) compara a um modelo social, por levar a um modelo fortemente normativo de um grupo.

Lauwe (1991) explica que o termo modelo possui noções opostas, por um lado, a de um tipo ideal perfeito, e por outro, a de padrão, de esquema de constituição. Os dois sentidos podem ser espontâneos, próprio a um grupo, ou imposto por um outro grupo, de modo direto ou difuso. Orientam a elaboração das imagens e conseqüentemente as manifestações de comportamento. Por outro lado, a elaboração das imagens pode reforçar ou deformar os modelos pré-existentes. Quando há um resultado comum de imagem a todo um grupo, o novo modelo originado torna-se normativo, denominado desta forma de imagem guia. A imagem guia servirá para orientar de modo normativo os comportamentos e os papéis dos indivíduos.

Nessa perspectiva, os modelos normativos servem para formação de novas imagens através do processo de percepção do sujeito, que esquematiza e seleciona alguns traços de um indivíduo ou de um grupo, podendo estar sob influência de propagandas, manipulações ou pressão social, chegando assim, aos estereótipos.

Os estereótipos são generalizações que as pessoas fazem sobre outras pessoas, através da percepção e da lembrança. Isto é, os sujeitos se referem a situações vividas mas sobretudo a personagens que eles vão procurar em sua memória.

Segundo Moscovici (1978, p. 81):

A estereotipia designa um estado de simplificação das dimensões dos estímulos, do imediatismo da reação e, às vezes, de rigidez. Em outro nível, mais freqüentemente, esta noção exprime o grau de generalidade de uma opinião, de aceitação ou de rejeição de uma representação de um grupo ou de uma pessoa.

Lauwe (1967) ressalta a vantagem da estereotipia em grupos é através dela que se evidencia o caráter atribuído aos membros de um grupo pelos representantes de um outro grupo, de modo, que os resultados são as pressões sociais que estão colocadas em evidência. Ou seja, o estereotipia permite à um grupo reconhecer sua função e representação histórica através da opinião genérica de uma sociedade.

3.2 MITO

Na tradição epistemológica, desde quando o homem tomou consciência de si, sentiu-se desafiado a dar um sentido às coisas, a explicar a natureza e a própria humanidade. O mito foi uma das primeiras formas a responder esses desafios de maneira afetiva e intelectual, segundo Enriquez (1997).

Para este autor, no modo afetivo o relato mítico visa provocar no próximo, fascinação, um enfeitiçamento dos que o escuta para que haja uma identificação com os protagonistas

evocados na comunicação, com a função de unificar pensamentos e incitar comportamentos para contribuir para a construção comunitária e de permitir a cada um se aceitar como indivíduo social. Nesta perspectiva, Enriquez (1997) explica que o mito é criador do vínculo social, baseado na admiração e no amor. O amor entenda-se aqui, característico da relação hipnótica, isto é, provocado artificialmente e no qual o indivíduo obedece às sugestões do hipnotizador.

No modo intelectual, o mito preenche sob uma forma simbólica uma função intelectual, permitindo dessa maneira, acesso de um maior número aos homens de uma dada sociedade ao sistema conceitual, ou seja, pensar com uma mesma coerência a natureza e a sociedade.

É o que Lauwe (1991) chama de roubo da linguagem⁸, para autora, o pensamento mitificado utiliza-se de imagens simbólicas como pretexto para falas implícitas ou explícitas sobre inúmeros outros assuntos.

Nesses pressupostos, o simbolismo é traduzido através da interação dos significados que são compartilhados entre os sujeitos de um grupo. Mafessoli (1999, p.46) o confirma ao dizer que o símbolo, além da partilha, também é uma forma específica de solidariedade. A solidariedade "resulta" das interações cujos significados são compartilhados e se traduzem em símbolos.

Enriquez (1997) coloca, que a ação do mito se situa sobre o espírito, portanto a "idéia" para ter força e se impor tem que ser "encarnada", caso contrário, todo debate, toda dúvida, perde para o logos, e o mito se "esfumaça", portanto, o mito se impõe as consciências e ao consciente, sua força é o afeto e não o intelecto.

Desse modo, o conteúdo do mito necessita mobilizar os afetos das pessoas para provocar adesão, o que é possível, porque "ele", o mito, coloca em cena os fantasmas de temores e

⁸ Expressão de Roland Barthes, referido por C. de Lauwe (1991).

desejos. Nesse processo, as indagações sobre as origens, o futuro ou o destino, o indivíduo procura resolver a tais questões a sua maneira, mas, quando não consegue uma explicação satisfatória, uma única indagação torna-se um enigma. Todo enigma gera angústia, porque independente da resposta, "ela", a indagação, não poderá ser verificada, será somente o que disse alguém, assim, será sempre suspeita de mentiras e deformações. Essa angústia é reprimida pelo mito, ele permite transformar a resposta tateante em resposta única e definitiva, a angústia pessoal, torna-se um problema coletivo, porque no refúgio do calor da comunidade, os outros são seus semelhantes da ilusão comunicada, da idealização mistificadora e da alienação consentida. Assim, o mito permite o "conforto" de manifestar os fantasmas individuais através da projeção aos seus membros, mas, ao seu recalque retornar, Enriquez (1997).

Nesse sentido, o mito disfarça simultaneamente desejos e angústias através de uma variedade de significados, esses significados, como já mencionados, tomam inúmeros significados que segundo Mello Neto (1994b, p.4) "se entrecruzam, produzindo expressões simbólicas", que são a marca poética de um povo, segundo Enriquez (1997).

Na qualidade de racional, a aceitação do mito se dá por meio de crenças de uma determinada cultura, assim, não distingui verdade e mentira, os fatos não necessitam ser aprovados ou contestados, devem ser simplesmente aceitos.

Mas, para Enriquez (1997, p. 233), o mito comporta uma parte de verdade por assim considerar:

[...] se as histórias narradas são o fruto da imaginação, nem por isso deixam de nos informar sobre acontecimentos que teriam ocorrido (ou que poderiam ocorrer), e que desempenham um papel essencial, ainda que recalcado, na problemática da sociedade. Mas elas o fazem de maneira tão cifrada, e por vezes tão disfarçada, que os homens progressivamente esquecem o que estava na origem de sua formação.

Portanto, para Enriquez (1997), aceitar o mito, é aceitar a constatação dos valores estabelecidos, é negar a mudança e viver sem revolta, sem inovação, porque ele fecha os indivíduo impedindo-o de tomar consciência daquilo que está acontecendo entre ele e o mundo, mas se ele, "o indivíduo, pode ser feliz de ver o mundo interior que o habita, o assalta, o angustia, e o faz mover-se, tomar seu lugar no grande teatro do mundo que o mito tece, ele permanece condenado à mediocridade." (ENRIQUEZ, 1997, p. 50).

Como visto, as imagens e as representações podem levar uma dada sociedade, um grupo ou um sujeito a uma interpretação da realidade de maneira idealizada, estereotipada, mitificada ou através de modelos normativos. Porém, uma vez ultrapassada esta barreira cognitiva, não permite a manutenção de tais pensamentos, que aliena o sujeito e perpetua uma idéia errônea e cristalizada da realidade.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo inserido nos métodos qualitativos de investigação, os quais, segundo Minayo (1994), aprofundam-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em operacionalizações.

Para compreender os fenômenos em estudo, é necessário um conhecimento preciso do fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas idéias. Por isso, esse estudo caracteriza-se como exploratório, o que concerne à integração de algumas questões emergentes na literatura no âmbito de Liderança na Enfermagem. De acordo com Triviños (1987), o estudo exploratório é conduzido de forma a obter conhecimento de uma realidade específica, para em seguida planejar uma pesquisa descritiva.

Para Cooper e Schindler (2000), o estudo descritivo possibilita enfatizar hipóteses na tentativa de descrever um perfil de um grupo de problemas e das variáveis, confirmando ou não as hipóteses.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma Instituição Hospitalar Universitária subordinada a uma autarquia estadual, associada à Universidade Estadual de Maringá, situada na cidade de Maringá – Paraná⁹.

A opção pelo desenvolvimento do presente estudo, nesse local, ocorreu por considerar algumas características favoráveis em relação aos demais hospitais do município, que são:

assistência de enfermagem sistematizada, otimização no número de enfermeiros, provisão de medicamentos, materiais e equipamentos quase sempre suficientes. Somam-se ainda a estabilidade no emprego e o plano de carreira e salários.

A instituição propicia também o aperfeiçoamento profissional de seus servidores, facilitando saídas para eventos e cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*. Nesse sentido, situa-se próximo do hospital idealizado pela maioria dos enfermeiros para atuarem profissionalmente.

O Serviço de Enfermagem¹⁰ do Hospital Regional de Maringá - HURM, dentro do macro sistema hospitalar, interage em todas as áreas em que atua de forma independente e responsável, sendo co-partícipe da qualidade no atendimento ao cliente.

A atuação desse serviço ocorre de forma holística, objetivando o pronto restabelecimento do cliente à sua família e à sociedade.

4.3 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa qualitativa não se baseia em critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante nesse item é: 'quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?' A boa amostragem é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1994).

Triviños (1987) respalda esse ponto de vista ao enfatizar que a pesquisa qualitativa pode usar recursos aleatórios para fixar a amostra, considerando a essencialidade dos sujeitos segundo o

⁹ Comentarei mais adiante maiores informações sobre o local do estudo.

¹⁰ O regimento e a filosofia do Serviço de Enfermagem do HURM estão em anexo.

ponto de vista do investigador para o esclarecimento do assunto em foco, facilidade para se encontrar com as pessoas, tempo dos indivíduos para as entrevistas, entre outros.

Diante do exposto, a amostra envolverá seis enfermeiros, lotados em diferentes setores e com atribuições distintas¹¹, conforme hierarquia do Departamento do Serviço de Enfermagem do hospital em estudo. A diversidade de tais características foi intencional, com vistas a obter uma visão mais abrangente e diferenciada, relacionada a esses aspectos.

Lembrando que, por mais que os sujeitos envolvidos na amostra exerçam funções e atribuições distintas, o conteúdo da legislação de enfermagem relativo à direção, citada no início deste estudo, refere-se às funções e ou atribuições de qualquer especificidade da atuação do enfermeiro.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA AMOSTRA

Para a seleção dos sujeitos participantes desta pesquisa, estabeleceu-se o seguinte critério de inclusão: enfermeiros formados no mínimo há quatro anos e com tempo de trabalho na instituição igual ou superior há três anos.

A opção por enfermeiros formados, no mínimo, há quatro anos, justifica-se pelo fato de ser um prazo em que o mesmo já teve oportunidades de vivenciar a direção do serviço de enfermagem em diversas situações; o segundo critério refere-se ao fato de ser uma Instituição Universitária Autárquica em que o período probatório consiste em três anos, prazo este, que fornece ao enfermeiro conhecimento da estrutura organizacional, sua equipe e as condições de trabalho que são oferecidas pela instituição na qual estão inseridos.

¹¹As atribuições dos enfermeiros do HURM encontram-se em anexo.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O método qualitativo empregado na coleta de dados foi a entrevista. O propósito é colher descrições do mundo/vida do entrevistado com respeito à interpretação do significado do fenômeno descrito, e entender como e por que ele tem essa perspectiva particular (CASSEL e SYMON, 1995).

Utilizou-se para entrevista um roteiro (Anexo) o qual contém duas partes. A primeira contemplando os aspectos que caracterizam os sujeitos (identificação); e a segunda, as questões norteadoras da pesquisa.

A entrevista foi composta por nove questões abertas, que tiveram a finalidade de estimular os participantes a informarem, naturalmente, sobre suas experiências vividas em relação ao objeto do estudo, ou seja, a liderança da equipe de enfermagem.

Especificamente, pode-se caracterizar a entrevista como semi-estruturada, definida por Triviños (1987), que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e, em seguida, oferece amplo campo de interrogações, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se percebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Triviños (1987, p. 150) conclui: "A entrevista semi-estruturada é privilegiada porque ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação."

4.6 PERÍODOS DE CONSTRUÇÃO DOS DADOS

O desenvolvimento da etapa da coleta de dados deu-se durante o mês de janeiro de 2003, em dias e horários que variaram de acordo com a disponibilidade de cada enfermeiro, nos períodos vespertino e noturno.

4.7 CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá-PR., instituição à qual o hospital, em estudo, está vinculado, para obtenção de parecer favorável à realização da pesquisa. Após a liberação desse órgão, a proposta, os objetivos da pesquisa e a técnica de coleta de dados foram apresentados ao Diretor Superintendente e à Diretora de Enfermagem do Hospital.

As entrevistas foram gravadas por mim, em local determinado pelo próprio sujeito e tiveram duração média de 40 minutos. Cada entrevista, no total de seis, foi precedida de esclarecimentos sobre os objetivos e finalidade da pesquisa juntamente com o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo), elaborado conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4.8 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DOS DADOS

Dentre as várias técnicas propostas para se analisar os dados coletados, optei pela utilização da análise temática de conteúdo, cujo método, segundo Bardin (1977, p. 42), é definido como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens¹², indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Descrevo, aqui, as etapas propostas por essa autora para, em seguida, no item "procedimentos", mostrar como as adaptei à singularidade desta pesquisa.

Segundo Bardin, existem três etapas básicas no trabalho com a análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A *pré-análise*, primeira etapa do método, consiste simplesmente na organização do material, visando à operacionalidade e à sistematização das idéias, permitindo explicar melhor o fenômeno pesquisado. A leitura geral, que Bardin denomina "flutuante", de todo esse material, proporciona o surgimento de aspectos fundamentais: retomar objetivos iniciais e hipóteses, reformulando-os, se necessário, e elaborar indicadores para interpretar os resultados.

A *exploração do material* refere-se à etapa da pré-análise da qual resultam as categorizações, que são constituídas através de recorte do texto em unidades de registro, podendo ser uma palavra, uma frase ou um tema. Recomenda-se, nessa etapa, avançar na busca de sínteses coincidentes e divergentes de idéias, conceitos, opiniões ou, até mesmo, concepções "neutras", ou seja, que não estejam especificamente unidas à alguma teoria. De toda essa análise devem surgir quadros de referência das categorias.

O *tratamento dos resultados, inferência e interpretação* devem ser apoiados nas etapas anteriores, é quando a análise atinge sua maior intensidade. Em outras palavras, é nessa etapa que se consolidam as conclusões, a partir da inferência e da interpretação dos dados. É

¹² Neste estudo trata-se de explicitar representações (idéias) e não necessariamente mensagens.

permitido ao pesquisador propor inferências e realizar interpretações de acordo com seu referencial teórico e seus objetivos.

Não obstante, do conjunto das técnicas de análise de conteúdo, utilizarei a análise temática, que segundo Bardin, proporciona analisar "significados" de forma rápida e eficaz; esta técnica é geralmente utilizada para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, crenças e tendências.

Bardin (1977, p. 105) ainda reforça o objetivo de empregar a análise temática ao ressaltar: "uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido".

Para tanto, a análise temática utiliza-se de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos, são formadas através do agrupamento das unidades de registro (uma palavra/ uma frase) que se reúne em um tema que é delimitado conforme o objetivo pretendido do estudo e a dimensão da análise, portanto, pode ser maior que frase. Ou seja, o que constitui o tema.

Bardin (1977, p. 81) finaliza, dizendo que ao aplicar a análise de conteúdo:

a alegria do investigador é enorme, quando o estudo 'bate certo'— confirmação ou infirmação de uma hipótese, não importa, desde que se obtenha resultados, ou quando um achado permite que se siga por outra pista ou em direção a outras interpretações.

É certo que o gênero de resultados obtidos pelas técnicas de análise de conteúdo, não pode ser tomado como prova inelutável. Mas constitui, apesar de tudo, uma ilustração que permite corroborar, pelo menos parcialmente, os pressupostos em causa.

4.9 TRATAMENTO DOS DADOS

Seguindo as etapas propostas para análise de conteúdo, já descritos anteriormente, procedi à organização do material, realizando uma leitura flutuante, como chama a autora, a fim de tomar conhecimento teórico do conteúdo. Em seguida, retomei o referencial teórico, bem como os objetivos propostos do estudo, para então, iniciar a manipulação dos dados. As entrevistas foram transcritas na íntegra, respeitando-se a terminologia utilizada pelos entrevistados e, em seguida, o conteúdo foi fracionado através de recortes, de acordo com os temas emergentes, destacando-se, assim, as unidades de registro.

Para selecionar as unidades de registro, como destacado anteriormente, na análise temática [empregada neste estudo] pode ser utilizada a presença ou frequência de aparição dos núcleos de sentido, ou seja, os que compõem as falas dos sujeitos. Optei pela presença dos conteúdos nos discursos, por considerar mais representativo e valorativos à objetividade dos resultados.

Para a categorização dos dados, as unidades de registros foram agrupadas em um conjunto de nove temas principais, dos quais emergiram as categorias que apresento de forma condensada no quadro 1.

TEMAS	CATEGORIAS
I - DEFINIÇÃO	Influência, Coordenar, Comandar, Convencer, Relacionamento Pessoal, Conduzir, Participar, Estilo.
II – ATIVIDADES	Trabalho Administrativo Burocrático, Assistência direta ao paciente.
III - DIFICULDADES	Fatores Pessoais, Questões Burocráticas, Relacionamento Interpessoal, Pessoas Difíceis, Relacionamento Profissional.
IV- REAÇÕES	Impotência, Irritação, Raiva, Angústia, Desestímulo, Apoio.
V - ORGANIZAÇÃO	Processo Burocrático, Recursos de Materiais, Diretoria de Enfermagem.
VI - RELACIONAMENTO COM SUBORDINADOS	Diálogo, Ouvir, Tempo de conhecimento, Paciência, Ausência.
VII - RELACIONAMENTOS COM ENFERMEIROS	Integração, Diálogo, Respeito, Complicado, Impasses, Superficial.
VIII - SATISFAÇÃO	Recuperação do Paciente, Trabalho.
IX - LEMBRANÇA	A colega, A professora, Eu mesmo, A Chefe, Subordinados.

Fonte: Elaborado pela Autora

5 AUTORITARISMO E INDEFINIÇÃO

Este capítulo apresenta os resultados do estudo. Considerando os objetivos que nortearam a investigação, a estrutura é a seguinte: Caracterização dos sujeitos da pesquisa, contextualização do local do estudo, descrição dos temas e das categorias emergentes com suas exemplificações, através de recortes dos discursos dos sujeitos¹³ com análise interpretativa dos achados qualitativos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A primeira parte do instrumento (Anexo) contemplou a caracterização dos sujeitos da pesquisa. A amostra foi constituída por 6 (seis) enfermeiros, sendo 5 (cinco) do sexo feminino e 1 (um) do sexo masculino, com tempo de formação acadêmica variando entre 8 (oito) a 14 (catorze) anos e com tempo de trabalho na instituição de 4 (quatro) a 12 (doze) anos. Critérios estes estabelecidos para inclusão dos profissionais na pesquisa, ou seja, formados, no mínimo, há quatro anos e com tempo de trabalho na instituição igual ou superior há três anos. Quanto ao cargo ocupado na instituição, verificou-se que 1 (um) é enfermeiro assistencial, 1 (um) Chefe de Divisão e 4 (quatro) enfermeiros supervisores.

5.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO HOSPITAL EM ESTUDO

Entendo que as imagens referentes à temática liderança estão ligadas aos valores transmitidos culturalmente, às dificuldades, às provações que demandam a sua realização e às percepções e sentimentos dentro do contexto de vida de cada enfermeiro. Portanto, conhecer o perfil da

organização hospitalar, em estudo, torna-se fator relevante, favorecendo a identificação de "liderança" na visão do enfermeiro.

Passo então a apresentar a evolução histórica, objetivos, situação econômica, estrutura administrativa, dificuldades e organograma do Hospital Universitário Regional de Maringá.

Trata-se de um hospital escola, cujo produto é traduzido pela prestação de serviços médico-hospitalares, pelo ensino e pela pesquisa, vinculado à Universidade Estadual de Maringá. Teve início com o Convênio celebrado entre a Prefeitura Municipal de Maringá e a Universidade Estadual de Maringá para a construção de uma unidade hospitalar, denominada Pronto Socorro¹⁴, em dezembro de 1986. Construído em terreno do Campus da Universidade Estadual de Maringá (UEM) com 1800 m², foi equipado com auxílio da Fundação Caetano Munhoz da Rocha e doações de instituições públicas e privadas.

A implantação do Pronto Socorro teve como objetivo prestar assistência à saúde de forma ininterrupta (24 h/dia), prioritariamente às urgências e internações de curta permanência (prazo máximo de 12 horas), nas áreas de Pediatria, Clínica Médica, Traumatologia e Cirurgia Geral de pequeno porte¹⁵.

A inauguração ocorreu em 28 de outubro de 1988, tendo iniciado suas atividades em 20 de janeiro de 1989, nesse período a média de atendimento era de 6.433 pacientes/mês.

No final de 1989, foram instalados os Serviços de Radiologia, Laboratório de Análises Clínicas¹⁶, Farmácia Hospitalar¹⁷ Central de Material Esterilizado¹⁸ e da Lavanderia¹⁹. Com o suporte desses serviços, o atendimento elevou-se para 7.000 pacientes ao mês.

¹³ Os discursos dos entrevistados serão identificados com nomes fictícios.

¹⁴ Setor hospitalar que se destina a atendimento de doentes que representam emergências

¹⁵ Especialidades da medicina que tratam das doenças em crianças, susceptíveis de terapêutica

¹⁶ Local onde se executam pesquisas bioquímicas com a finalidade de fornecer subsídios para diagnósticos

¹⁷ Depto destinado a distribuição de medicamentos para os setores do hospital.

Em 1990, instalou-se o Centro de Controle de Intoxicações (CCI), com atendimento 24 horas ao dia. A finalidade deste serviço é oferecer à população assistência qualificada no atendimento aos casos de intoxicação. Nesse ano, a média de pacientes atendidos era de 8.000 por mês.

Em 1991, implantou-se o Serviço de Nutrição e Dietética²⁰ e a ativação de 27 leitos de enfermaria nas especialidades de Clínica Médica e Pediatria. Assim, o Pronto Socorro passou a caracterizar-se como unidade hospitalar de fato, e foi alterada a denominação do Pronto Socorro para Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), instituindo-se como órgão suplementar da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Ao mesmo tempo foi aprovado o organograma²¹ do Hospital e siglas dos novos órgãos, atendia, então, em média 9.000 pacientes por mês.

Em 1992, após convênio entre a Secretaria do Estado de Saúde e a Universidade Estadual de Maringá, o Hemocentro Regional de Maringá foi incorporado ao HUM, com a finalidade de fornecer hemocomponentes²² aos hospitais de Maringá e região. No segundo semestre, desse ano, foi implantado o Internato Médico²³. Ainda em 1992, também foram implantados o Ambulatório Médico e de Enfermagem da UEM, situados no campus universitário, destinados a atender à comunidade universitária nos aspectos de assistência à saúde.

No ano de 1993, foram ativados o Centro Cirúrgico²⁴, a Unidade de Clínica Cirúrgica²⁵, Ginecologia e Obstetrícia²⁶, o Berçário²⁷, o Ambulatório de Especialidades e os Serviços:

¹⁸ Local onde é realizado a limpeza e desinfecção de materiais e instrumentais utilizados para procedimentos médicos e de enfermagem.

¹⁹ Local destinado para lavagem e secagem de roupas utilizadas por pacientes e funcionários.

²⁰ Serviço de alimentação que atende toda demanda de pacientes e funcionários.

²¹ Em anexo.

²² Derivados e substitutos do sangue para propriedades terapêuticas.

²³ Espaço aberto para atuação do estudante de medicina com acompanhamento dos docentes.

²⁴ Setor hospitalar onde são realizados os procedimentos cirúrgicos.

²⁵ Setor hospitalar destinados à pacientes no pré e pós operatório.

Social, de Fisioterapia e Psicologia Hospitalar. O HUM passa a colocar à disposição do SUS (Sistema Único de Saúde) 61 leitos para internação e 11 leitos de observação para a Unidade de Pronto Atendimento.

Vale destacar que o SUS é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público. Dessa maneira, a saúde é definida como um direito objetivo, garantido mediante a execução de políticas econômicas, sociais científico-tecnológicas destinadas a reduzir o risco de doenças e outros agravos que interferem no bem estar físico, mental e social da população.

Em razão de sua estrutura inicial de Pronto Socorro, que acabou por determinar um problema técnico de espaço físico, o atendimento ambulatorial de especialidades não era realizado no hospital até o final de 1993. O Ambulatório Geral de Especialidades funcionava no Núcleo Integrado de Saúde III (NIS III), posto de saúde de responsabilidade do Município e cedido à Universidade. O ambulatório foi incorporado ao Hospital em novembro de 1994, utilizando a estrutura do Pronto Socorro no período diurno e passou a funcionar apenas no período noturno.

A diversificação das atividades desenvolvidas no HUM propiciou os trabalhos em equipes multidisciplinares, integradas por diversos profissionais como: administradores, enfermeiros, médicos, bioquímicos, contadores, farmacêuticos, nutricionistas, pedagogo, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas. Abria-se espaço também para estágios curriculares e

²⁶ Setor hospitalar destinados a tratamento das doenças femininas e assistência que se refere à mulher durante a gravidez, o parto e pós-parto.

²⁷ Setor hospitalar ou de maternidade onde são deixados os recém-nascidos em repouso ou em observação.

extracurriculares em várias áreas: Enfermagem, Farmácia, Bioquímica, Administração, Psicologia Hospitalar em 1995.

Em julho de 1995, foi alterada a denominação de Pronto Socorro para Unidade de Pronto Atendimento em cumprimento à Resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina.

O quadro funcional do HUM, em março de 1996, passa a contar com uma psicóloga da área do trabalho, iniciando atividades relacionadas ao desenvolvimento pessoal e profissional dos servidores. Em 17 de outubro desse mesmo ano, foi criada oficialmente a Biblioteca Setorial do HUM, através da Resolução 175/96-CAD, que já estava funcionando desde 1994, em atendimento às necessidades dos docentes e discentes.

Já em novembro, foi implantado o serviço do Banco de Leite, projeto esse que contou com a parceria entre a UEM e o Rotary Clube. Esse serviço tem por finalidade o fornecimento de leite materno para Maringá e região a recém nascidos impossibilitados de serem amamentados de maneira natural, em decorrência e permanecerem em unidade específica (nos casos quando há risco de vida). Desse modo, ficam isolados da mãe, ou ainda quando as mães produzem quantidades insuficientes de leite ou apresentam alguma patologia que pode ser transmitida pelo mesmo.

Em julho de 1997, foram implantados 04 leitos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, tendo como objetivo primordial prestar assistência aos pacientes em iminente risco de vida. A implantação da UTI Neonatal ocorreu em fevereiro de 1998 com 06 leitos, tendo como objetivo atender aos recém-nascidos de alto risco, que contam com menos de 28 dias de vida.

Em 27 de maio de 1999, teve início a ampliação da área física do hospital, pronto atendimento com 1.664,62 m², UTI'S Adulto e Pediátrica 651,58 m² e o eixo interno com 369 m² de construção, totalizando 2.685,20 m².

O objetivo da instituição, com a nova ampliação, é oferecer à população o atendimento de urgência/emergência 24hs/dia como referência para Maringá e região. O atendimento será voltado para as clínicas: médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, cirurgia e ortopedia. A UTI adulto contará com 8 leitos e UTI pediátrica com 06 leitos.

Tal projeto justifica-se pela importância que assume na reorganização do atendimento à Saúde de Maringá. O serviço de urgência/emergência constitui uma deficiência no município e a estruturação no HUM potencializa o uso dos recursos e materiais humanos do HUM que vai ao encontro com Projeto Pedagógico dos cursos das áreas de saúde.

Hoje a obra já está concluída. Para seu funcionamento necessita obter recursos financeiros da Reitoria, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde para execução do projeto de infra-estrutura e a contratação de recursos humanos, os funcionários do HUM e a população de Maringá e região aguardam com expectativa a liberação dos recursos.

O HUM tem realizado atendimentos em diversas áreas, totalizando em 2002: 5057 internações, 74490 atendimentos no Pronto Atendimento e 16861 consultas ambulatoriais.

Em 2000, foram implantados os programas de residência médica nas áreas de clínica médica, ginecologia e obstetrícia, clínica cirúrgica, pediatria, dermatologia, psiquiatria, anestesiologia.

O Hospital Universitário de Maringá conta atualmente com um quadro funcional de 686 servidores distribuídos conforme organograma em anexo. O quadro funcional da equipe de enfermagem é formado por 52 enfermeiros e 146 auxiliares de enfermagem. Dentre os membros desta última, 74 possuem o curso de técnico em enfermagem, entretanto a sua atuação é limitada, visto que, até o momento, a instituição não reconhece tal categoria no seu quadro.

Quanto à estrutura administrativa do hospital, em estudo, é centralizadora, constituída por um organograma onde a disposição dos cargos obedece ao princípio da hierarquia, cada cargo inferior está sob o controle e supervisão do superior.

A autoridade do superintendente e dos demais diretores desta linha hierárquica de comando é estabelecida por normas de funcionamento fixadas em seu regimento interno, tais normas são definidas pela própria organização formal de cada diretoria.

Ora, uma ação orientada por normas configura burocratização. Utilizando um conceito de organização burocrática adotado por Prestes & Bresser (1981), concordo com eles quando dizem que todo sistema social administrado segundo critérios racionais e hierárquicos é uma organização burocrática. Afirmam ainda que haverá organizações burocráticas mais flexíveis ou mais rígidas, mais formalizadas ou menos, mais ou menos autoritárias, mas todas serão organizações burocráticas desde que o sentido básico do processo decisório seja de cima para baixo.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o hospital é um sistema social com características que o compatibilizam com uma organização burocrática. A definição das finalidades pauta a ação organizacional e estabelece as relações que devem ser mantidas entre a instituição e seu ambiente. Essas finalidades são alcançadas mediante a direção e a coordenação dos grupos que integram a estrutura hospitalar, os meios utilizados são conscientemente planejados e os procedimentos das pessoas são determinados pela sua organização.

Assim, por se tratar de um hospital escola, o desenvolvimento das atividades educacionais, de assistência e de pesquisa efetiva-se numa estrutura de grande complexidade, decorrente da diversificação de grupos sociais que o integram. Como em qualquer organização, no interior de todos esses grupos e entre eles ocorrem processos sociais que determinam expectativas, valores, comportamentos e conflitos.

Penso, como funcionária do hospital em estudo, que a estrutura do poder é exercida através de seu organograma com processo decisório moroso, centralizado, no que diz respeito à execução de ações, mostrando-se, por conseguinte, incompatível para atender às suas próprias necessidades. Penso também, que talvez este processo de morosidade nas tomadas de decisões, sempre muito acentuado, seja em decorrência da posição transitória de cada um dentro da organização (os cargos possuem um mandato de quatro anos) e reflete a falta de compromisso ou talvez quando se trata das tomadas de decisões que envolvem o princípio da hierarquia (o cargo inferior está sob o controle e supervisão do superior), a omissão de ações é conveniente, uma vez que na próxima gestão os papéis podem inverter-se, evitando-se, assim, uma atitude persecutória entre os meios.

Quanto aos objetivos do HUM encontrados em seu regimento são:

- Prestar assistência à saúde em nível hospitalar contribuindo para acolher o acesso da população ao Sistema Público de Atenção à Saúde;
- Melhorar as condições para a realização do ensino na área de saúde, oportunizando aos discentes espaços de formação que articule a assistência, o ensino e a pesquisa.

Referente à Missão do Corpo Diretivo consta no regimento:

- Definir políticas institucionais de intervenção no estado de saúde dos usuários que demandem ao hospital consonância com os preceitos constitucionais e projeto pedagógico dos cursos que utilizam o HUM como espaço de formação;
- Viabilizar modelo que contemple a gestão pública, democrática, descentralizada, com uma concepção organizacional baseada em autonomia administrativa, compromisso institucional dos servidores, competência, espírito de equipe interdisciplinar e transparência administrativa.

Em se tratando da situação econômica do HUM, a receita é constituída pelos recursos repassados pelo SUS, de acordo com o número de procedimentos e internações efetuadas e atinge a média mensal de aproximadamente R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais), utilizados essencialmente para o custeio e manutenção do serviço. As despesas com pessoal são assumidas pela Universidade Estadual de Maringá.

Tal orçamento poderia ser ampliado para fazer jus ao atendimento que já realiza e não recebe por não estar credenciado em alguns serviços, como por exemplos, oncologia e a gravidez de alto risco.

Além disso, o Hospital Universitário deveria já ter uma unidade de imagenologia²⁸ para vender e não comprar serviço da rede privada como ocorre no momento.

As bolsas dos residentes, até o momento, são pagas pelo repasse do FIDEPS (fundo de incentivo ao desenvolvimento de ensino e pesquisa), que é verba federal, e não possui esta finalidade, não cobre a demanda, tendo o hospital que arcar com a complementação.

Na Universidade de Londrina, tais bolsas são pagas pelo Estado. Não se conseguiu até o momento, após inúmeras tentativas junto à secretaria de ciências e tecnologia, conseguir o mesmo benefício para a UEM.

Segundo a análise ambiental sistematizada pelo Grupo Técnico Institucional, (GTI/HUM) 1996-98, os hospitais universitários brasileiros caracterizam-se pela "vocação histórico-social" para o atendimento médico da camada mais pobre da população. Os hospitais de ensino, possuem profissionais altamente qualificados e dispõem de recursos diagnósticos e terapêuticos avançados, comparáveis aos melhores hospitais privados nacionais.

²⁸ Unidade equipada por aparelhos para exames com fins diagnósticos e terapêuticos, realizados através de imagens (radiografias).

Conforme Johnson & Schulz (1979) ficam destinados a esses hospitais (HU's) o atendimento denominado terciário, que corresponde ao diagnóstico e a terapêutica de doenças mais complexas que necessitam de meios especializados e recursos técnicos refinados. Além disso, existem as pessoas portadoras de "doenças de interesse acadêmico", cujo atendimento é realizado com o objetivo de promover o aprimoramento do ensino, do conhecimento e da terapêutica.

Nos últimos anos, esses hospitais de ensino têm se distanciado cada vez mais de sua função, em razão de estarem inseridos no plano assistencial como prestadores de assistência no mesmo patamar de outros hospitais (privados-conveniados, filantrópicos, municipais entre outros), pela crescente demanda ao sistema de saúde e pela baixa capacidade de resolução de outras unidades que o compõem. Soma-se a isso a remuneração insuficiente paga pelo SUS, o descumprimento do MEC no custeio e investimento, através de convênio com Ministério da Saúde, obrigando um distanciamento de sua missão didática, assistencial e de produção do conhecimento.

O Hospital Universitário Regional de Maringá reúne dificuldades que são inerentes às estruturas similares, além de outras adicionais como: 1.) O fato de ser o único hospital público de Maringá e região para onde convergem pacientes de aproximadamente 30 municípios e de outros Estados que fazem divisas com o Paraná; 2.) Curto período de existência e necessidade de ampliação de sua estrutura física e equipamentos, que levam a uma baixa capacidade de resolução; 3.) Ser Hospital de Universitário e cumprir com a vocação de assistência, ensino e pesquisa; 4.) Ser um prestador de serviço 100% SUS e não receber suas contas dentro de um cronograma pré-determinado.

Essa constelação de problemas constitui um desafio a ser vencido pela direção e pelos profissionais do HUM, que buscam estabelecer alternativas para sua superação.

5.3 PODER E PAPEL: MITIFICAÇÕES

TEMA I – DEFINIÇÃO

Compreende as unidades de registro extraídas das falas dos entrevistados que declaram o sentido da palavra liderança no contexto da enfermagem. Neste tema, as definições atribuídas à palavra liderança nos discursos dos entrevistados, encontram-se definições variadas. Acredito que a razão pela qual cada entrevistado atribui um significado para a palavra liderança deriva da experiência profissional de cada um e não somente o momento atual. Extraí, dentre os discursos dos entrevistados, recortes que denotam os vários significados que liderança representa para eles:

Liderança é assim: você é... conseguir através da exposição de suas idéias convencer as outras pessoas do que é melhor, fazer praticar determinada ação, é... você mobilizar as pessoas pro... pra um determinado procedimento, pra uma determinada atitude, ter um certo, uma certa influência em cima das pessoas...
(Alice)

Esta verbalização aponta que liderança parte do princípio que as idéias do líder são supostamente as melhores e através delas, os subordinados são influenciados para efetivar os objetivos propostos.

Num outro trecho, o discurso proferido por Tereza, diz:

... liderança eu acho que é uma coisa muito subjetiva,, nós ... temos ou não um espírito de liderança e a gente põe em prática se quiser. É ... na enfermagem, acho que grande parte dos enfermeiros tem um espírito de liderança nem todos colocam em prática, e liderança pra mim é... poder dar um norte no grupo é... é um serviço de coordenação, de orientação ... (Tereza)

Esse discurso revela que liderança parte de uma perspectiva pessoal, intrínseca. Leva a crer que na categoria dos enfermeiros nem todos nascem com as características necessárias para liderar. Verifica-se que liderança é "coordenar" a equipe em suas atividades cotidianas.

No discurso de Darci emergiu a categoria "comandar" sobre a definição de liderança.

... liderança é comandar, é ter uma opinião formada em tudo (pausa) eu não vejo como algo que se consegue estudando, lendo livros, você lê muito determinado assunto, você não aprende assim de uma hora para outra ... é como aquele ditado né (pausa), quem é líder já nasce líder, não tem jeito... **(Darci)**

Esse trecho denota a suposição de que o líder já nasce pronto, não há necessidade, portanto, de aprender liderança através de livros, uma vez que ele é dotado com as características necessária de líder, neste caso, uma inteligência excepcional para emitir um parecer sobre tudo.

Atitudes que consideram as necessidades pessoais dos subordinados foram associadas ao significado de liderança, conforme se observa:

... não basta ter conhecimento, porque ela envolve o relacionamento pessoal, interpessoal, porque além de ser o supervisor você tem que ser o amigo em muitas horas, o confidente ... tem que levar mais afimco o problema do seu subordinado.... **(Darci)**

Nesse discurso, Darci revela que não há interesse somente nas tarefas, mas também em considerar o subordinado enquanto pessoa. Denota um controle emocional, (entendido, aqui, como a inibição voluntária de impulsos, consciente ou não), para lidar com os subordinados diante de problemas pessoais.

O controle emocional é utilizado por um outro entrevistado para alcançar seus objetivos, como pode ser verificado na categoria "convencer":

... Liderança é você tentar conseguir que eles trabalhem com você com o mesmo objetivo... é convencer as pessoas a fazer aquilo que você quer, mas de uma forma discreta, sutil e não forte ... com autoritarismo eu não consigo nada ... **(Lúcia)**

Em um outro recorte evidencia-se a seguinte fala:

... liderança é a maneira como eu conduzo o meu trabalho na unidade ... é o enfermeiro que programa a assistência 24 horas ... ele precisa ter material, precisa ter equipamento, precisa ter uma escala coberta né ... a maneira como você trabalha no seu dia-a-dia vai influenciar como a sua unidade caminha né ... então é o enfermeiro que determina que ritmo a unidade dele vai caminhar ... **(Cristina)**

A fala de Cristina mostra a categoria "conduzir", refere-se à maneira do enfermeiro estar suprindo as necessidades do setor, tanto no que tange aos recursos de materiais quanto humanos para assistência do paciente.

Um outro significado de liderança diz:

... Liderança é participação, é trabalho em equipe mesmo... é estar crescendo juntos... é estar aproveitando a capacidade de cada um... é aprender com eles... eu acho que você só vai conseguir ser um bom líder se você conseguir participar ...
(Yolanda)

Nota-se valores positivos nesta fala, atribuídos aos subordinados pelo enfermeiro, representados pelo reconhecimento da capacidade profissional que cada membro da equipe possui e a visão da necessidade de valorizá-los, permitindo sua participação no seu processo de aprendizagem.

Ainda com referência ao tema definição de liderança, na categoria "estilos", foi possível abstrair dos discursos informações retratando o comportamento de liderança assumido ou talvez, apenas considerado como ideal, como seguem:

... tem vários estilos de liderança, eu gosto de fazer uma liderança um pouco mais democrática, alguns momentos eu acho que a gente tem que ser autocrata, tem que impor a vontade do líder...mas eu gosto de ouvir as opiniões em geral, antes de tomar decisões... (Tereza)

TEMA II - ATIVIDADES

Compreende os discursos que identificaram que tipos de atividades são desenvolvidas pelos enfermeiros no seu dia-a-dia, emergiram as categorias "atividades administrativas burocráticas" e "atividades assistenciais", assim relatadas:

... É um trabalho de supervisão da parte técnica da enfermagem, faço acompanhamento com enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e de todas

as questões burocráticas ... avaliação de escalas, coordenação de trabalhos e comissões, comissões para concursos ... (**Tereza**)

As atividades desempenhadas por Tereza, constam em verificar o desempenho da equipe de enfermagem em suas respectivas atribuições, em sua fala é nítido que não há no seu cotidiano o contato com paciente.

Num outro recorte, aparece o seguinte:

... É um trabalho tanto assistencial quanto administrativo... sempre que é possível a gente tenta fazer a assistência ... só que geralmente é mais assim administrativo, prescrição, evolução né, a evolução ... mas é muito papel, preenchimento de papéis ... (**Lúcia**)

Nesta situação mencionada, constata-se que a prioridade das atividades de Lúcia é a parte administrativa, a assistência direta ao paciente ocupa o segundo lugar. Em certos setores, a ordem de prioridade das atividades dos enfermeiros opõe-se a de Lúcia, como mostra o discurso a seguir:

... É um trabalho de assistência direta ao paciente, a gente presta cuidados diretos para pacientes como: dar banhos, curativos, medicações, é... mudança de decúbito ... é preencher papéis administrativos, fazer a função administrativa também né ... (**Alice**)

As atividades desempenhadas por Darci, Cristina e Yolanda se enquadram nos discursos acima. Verifica-se que, independente da ordem de prioridade das atribuições dos enfermeiros, as atividades administrativas estão presentes no seu cotidiano.

TEMA III – DIFICULDADES

São as unidades de registro que identificam se há dificuldades do enfermeiro em desenvolver suas atividades enquanto líder da equipe de enfermagem. "Fatores pessoais" foram apontados como dificuldade do próprio enfermeiro para liderar a equipe de enfermagem, como se constata na verbalização a seguir:

... tenho um pouco de dificuldade de falar de liderança (pausa) que é uma coisa que eu sei que eu não tenho muito né e ... sei que é de mim, eu acabo sendo muito mãezona né então eu tenho às vezes dificuldade de puxar orelha daqui ou dali...
(Alice)

Aqui se pode perceber que a dificuldade em liderar é revelada por meio de um "significado simbólico", utilizando como representação, a mãe. Ao comparar-se a uma "mãezona", Alice justifica a sua dificuldade em repreender, chamar a atenção "puxar orelha". O que é expresso nessa mensagem leva a crer que Alice julga necessário, em alguns momentos, a repreensão dos subordinados em seu processo de liderar.

Atividades administrativas "burocráticas" foram apontadas como dificuldade para o enfermeiro desempenhar suas funções, como declarada no recorte:

... tive dificuldades com as questões burocráticas, conheço bastante coisa da área técnica ... não conhecia o hospital como um todo, hospital parece uma coisa simples, mas é um ... é uma unidade da universidade que é muito complexa, tem muitas questões políticas que se envolve e tem muitos preâmbulos e muitos caminhos por dentro da universidade para você atingir os objetivos que agente quer ...
(Tereza)

Na situação acima mencionada, constata-se que, a parte administrativa e burocrática da estrutura organizacional da universidade onde o hospital é vinculado, torna-se moroso o processo de tomada de decisão para os objetivos propostos da unidade hospitalar.

A categoria "relacionamento interpessoal" demonstra as dificuldades encontradas pelos enfermeiros, como expressas a seguir:

... eu tenho dificuldades no relacionamento interpessoal, quando tenho que chamar a atenção ou ... ou advertir sobre alguma coisa, sou explosiva (risos) ... mas achei ser eu o problema e mudei de atitude... consegui desde então, realizar tudo o que quero, tanto é que ... esse setor consegue andar bem comigo ...
(Darci)

Outro recorte também revela as dificuldades no relacionamento interpessoal:

... Tenho dificuldade com as pessoas difíceis, de aceitar o que você pede, que você orienta, são pessoas fechadas para o novo, não aceitam mesmo ... e aí entra aquela parte que você tem que sentar, conversar, tentar explicar com muita paciência, com muita calma...
(Lúcia)

No discurso de Lúcia, as dificuldades relativas ao relacionamento interpessoal, dizem respeito à resistência encontrada por parte dos funcionários que compõem a equipe de enfermagem. Percebe-se que fatores intrínsecos, "com muita paciência, com muita calma", são utilizados para lidar com essa dificuldade. Esses fatores intrínsecos sugerem um controle emocional, um reflexo cultural.

Dificuldades pertinentes ao "relacionamento profissional" foram indicadas como expressas na fala:

... Outros enfermeiros conduzem as coisas de maneira diferente... às vezes acabo exigindo coisas e os outros enfermeiros não exigem... alguns momentos a impressão que dá é que eu pego no pé mais do que outras pessoas, então você é a mais chata ... (**Yolanda**)

O que é expresso nessa mensagem, leva a crer que Yolanda aponta a negligência dos demais enfermeiros referente a exigência das atividades dos subordinados. Utiliza-se de um estereótipo, "a mais chata" para justificar sua postura de exigências.

TEMA IV - REAÇÕES

Engloba as unidades de registro que demonstram as atitudes e sentimentos dos enfermeiros diante dos obstáculos encontrados no desempenho da função de líder, que dizem:

... Uma reação de impotência, eu fico assim impotente diante de algumas situações... me sinto assim super mal ... (**Alice**)

... Fico irritada com a situação em si, mas não falo nada eu só escuto, deixo a pessoa esbravejar.... (**Darci**)

... Às vezes dá raiva, angústia, uma sensação de prisão porque você depende dos outros para que aquela coisa, aquele acontecimento aconteça né, do jeito que você espera e nem sempre você consegue porque chega na pessoa é barrado por resistência... (**Lúcia**)

... Houve momentos que o meu sentimento foi deixar para lá... tipo: cansei de ficar exigindo... me senti desestimulada...então ficava assim, muito eu. Tem momentos assim que a gente quer desistir e entrar na bagunça... (**Yolanda**)

É possível identificar nessas falas, que as dificuldades são expressas através de sentimentos de desentusiasmo, perda do controle, desânimo, falta de autoconfiança e de ações diante das dificuldades.

Às vezes uma atitude efetiva de partilha é a reação diante de dificuldades encontradas no cotidiano do enfermeiro, como se constata:

... dividia as dificuldades com a diretora, com a outra chefe ... ouvia a opinião delas e só depois a gente tomava uma decisão a gente procura apoio entre as colegas
... (Tereza)

TEMA V - ORGANIZAÇÃO

São as unidades de registro que declaram se há implicações por parte da organização na maneira dos enfermeiros desempenharem suas funções como líder da equipe da enfermagem assim expressas:

... interfere quanto aos trâmites burocráticos, é tudo muito lento... às vezes tenho que resolver alguma coisa imediatamente e ... tenho que aguardar o desenrolar do processo burocrático ... (Tereza)

Aqui, o "processo burocrático" é apontado como obstáculos para atingir objetivos imediatos.

O próximo discurso o expressa:

... De maneira organizacional não interfere, o problema quando você necessita de recursos materiais, aí não dá para fazer uma boa assistência com falta de material. Na questão de tomada de decisão, como liderança hierarquicamente no setor, nunca implica em nada. Na maneira de eu agir, certa ou errada, nunca fui interferido...
(Darci)

Esse entrevistado revela que a única intervenção da organização para o desempenho de suas atividades é a falta de materiais; tem o respeito da organização em agir conforme seus princípios.

A estrutura administrativa da "diretoria de enfermagem" foi citada como interferência na maneira dos enfermeiros trabalharem, como observado a seguir:

... eu nunca posso ser eu ... eu mesma, porque eu posso tentar um determinado ... uma determinada forma que não é o que a diretoria pensa, então eu nunca posso ser só aquilo do que eu mesma sou, sempre carrego as características da diretoria também né... aí você não sabe mais o que pode fazer, o que não pode, quando você faz está errado, você não fez também está errado, então você fica perdida, com medo e aí nada funciona ... **(Lúcia)**

A falta de autenticidade profissional ou pessoal é apresentada por Lúcia ao declarar, "eu nunca posso ser eu mesma", expressa sua limitação diante das circunstâncias impostas pela diretora. Revela o conflito em não saber como agir, levando-a a um sentimento de medo. Pode se detectar novamente a interferência da diretoria de enfermagem na seguinte verbalização:

... O que interfere, vamos dizer que seja a baderna ... é o fato da gente assim,...não se organizar de uma maneira que todas as pessoas, as enfermeiras, que ocupam cargos como o meu, de líder da equipe, não falam a mesma língua, e isso também às vezes tira a credibilidade do auxiliar na medida que um faz, outro não faz, um cobra, outros não cobram, um pode, outro não, então isso é uma falha nossa né, da organização, da nossa organização ... **(Yolanda)**

Para Yolanda a falta de padronização de condutas efetivas por parte dos enfermeiros para com a equipe de enfermagem, resulta em descrédito no desempenho profissional do próprio grupo de enfermeiros.

TEMA VI – RELACIONAMENTO COM SUBORDINADOS

São as unidades de registro que declaram o tipo de relacionamento entre enfermeiros e seus subordinados. Neste tema, todos os entrevistados compartilharam da mesma opinião, em classificar o relacionamento com seus subordinados de satisfatória, a causa do bom relacionamento emergiram as seguintes categorias:

... a relação é satisfatória... conversamos bastante, mas ... quando a coisa vai pra um lado que eu não gosto, sento e converso bastante mas no geral... eu coloco eles embaixo das minhas asas ... **(Alice)**

A fala de Alice justifica que seu relacionamento com os subordinados é satisfatório através do "diálogo"; revela a proteção por seus subordinados através de um "significado simbólico", "eu coloco eles embaixo das minhas asas" , representado por uma ave que protege seus filhotes com as asas.

Os próximos entrevistados expressam o seguinte:

... a relação é boa... já teve muitos problemas, mas agora está legal ... temos bastante diálogo... **(Darci)**... nós nunca agradamos à gregos ou à troianos ... procuro saber ouvir o que eles acham, discutimos condutas, mas acredito que seja boa a nossa relação ... **(Tereza)**

A fala de Tereza mostra que há conflitos "nunca agradamos à gregos ou à troianos", o "saber ouvir" expressa em como lidar com o mesmo.

Em outro recorte, evidencia-se que a boa relação é em decorrência do tempo de conhecimento, por oportunizar conhecer o perfil de cada membro da equipe, assim expresso:

... eu classifico que temos um bom relacionamento ... como faz muitos anos que nós trabalhamos juntos, eles já me conhecem, conhecem o meu jeito de trabalhar, e eu também conheço cada um ... **(Cristina)**

Lúcia mostra em sua verbalização:

... eu classifico de boa, é aquilo que eu te coloquei... sempre com paciência a gente consegue... apesar de ter certas resistências, mas agente consegue levar eles adiante né... levar a equipe adiante num determinado objetivo e... (pausa) é uma relação assim de modo geral é boa, conversamos bastante, discutimos problemas numa boa mesmo ... **(Lúcia)**

Nota-se, nesta mensagem, que o bom relacionamento com os subordinados é levá-los ao alcance de objetivos propostos através da "paciência".

A relação de Yolanda com os subordinados é revelada na categoria "ausência":

... eu acho que tá bom, mas tem que melhorar sempre, seria muito melhor se eu conseguisse trabalhar com o grupo diretamente o tempo todo ... fazer supervisão de vários setores você acaba sendo ausente ... (**Yolanda**)

TEMA VII – RELACIONAMENTO COM ENFERMEIROS

Compreende as unidades de registros que evidenciam o tipo de relacionamento entre enfermeiros. Para Darci, Tereza e Cristina a relação é boa, como ilustrado nos discursos.

... é boa, há uma integração... nos damos apoio uma à outra sempre ... (**Tereza**)

... agora é boa, mas já tivemos muitas crises... agora conversamos bastante de maneira sincera ... (**Darci**)

... Eu acho que agora é boa, a gente já passou por várias crises aqui... eu creio assim que hoje aqui no hospital, o relacionamento de todas as enfermeiras, o clima é totalmente diferente... é bom... há respeito, antes tinha muita fofoca ... (**Cristina**)

Os próximos discursos revelam a insatisfação dos relacionamentos entre os enfermeiros e suas respectivas causas.

... A relação é complicada ... é um pessoal difícil, que não cede, não aceita opiniões, é um grupo que eu não acredito... em reuniões, tudo que o grupo se propõe a fazer, no meu íntimo eu não acredito... aqui cada um vê o seu umbigo... as pessoas não têm interesse em crescer, as pessoas estão interessadas em satisfazer suas necessidades pessoais, estão aqui por comodismo... são poucas que tem perfil para este setor ... (**Alice**)

Observa-se nitidamente a insatisfação de Alice com o relacionamento entre os enfermeiros, revela a desaprovação tanto do perfil profissional quanto pessoal do grupo que trabalha. No discurso de Lúcia emergiu a categoria Impasses.

... Eu acho que a minha relação com os subordinados melhor do que com as enfermeiras. O meu ponto de vista nem sempre bate com o ponto de vista das outras... e geralmente gera impasses.... para não ter desgaste, às vezes eu deixo de lado, não concordo, mas também não faço questão que ela concorde sabe... mais é tudo muito rápido, todo mundo tem muita pressa, tanto quem tá passando o plantão para mim, morre de pressa de ir embora, é uma coisa louca... não comenta nada mais do que aquilo ali, essencial mesmo, de tanta pressa de ir embora ... então você vê que não tem um relacionamento bom mesmo, é muito rápido, não dá para aprofundar né ... (**Lúcia**)

Nota-se que para Lúcia, uma atitude de descaso é adotada para evitar conflitos em pontos de vistas divergentes com os demais enfermeiros. Justifica que a pressa dos membros do grupo é a causa da falta de um bom relacionamento; afirma que seu relacionamento com os subordinados é melhor do que com o dos enfermeiros.

A categoria "superficial" foi expressa na seguinte verbalização:

... tenho uma convivência superficial... faz parte da minha personalidade ficar bem na minha, justamente porque isso vai evitar uma série de transtornos... agora eu gostaria né, assim ... que a equipe fosse mais aberta no sentido de é ... falar, colocar mais... eu acho que o grupo do H.U. é muito grande, com muitos profissionais competentes e que existe assim, muita distância... talvez se a gente conseguisse trabalhar com dinâmica de grupo, não sei, de maneira que as diferenças fossem colocadas, fossem analisadas, fossem discutidas, o grupo ia crescer muito mais e aí sim o grupo seria mais participativo e o meu relacionamento seria mais satisfatório, acho que tem muita gente que tem muito para dar e que não está sendo aproveitado justamente por essa questão desse ... cada um na sua... é muito superficial... **(Yolanda)**

Pode-se observar que este entrevistado utiliza-se de um "mecanismo de defesa", "ficar bem na minha" para evitar os conflitos com os pontos de vista divergentes dos demais enfermeiros. Reconhece a competência e a distância que existe entre os membros do grupo; com as sugestões que propõem para reverter a situação com resultados otimistas, revela "um pedido de socorro".

TEMA VIII - SATISFAÇÃO

São as unidades de registro que contribuem a verificar a realização pessoal e profissional do enfermeiro como líder da equipe de enfermagem. Verificou-se que todos os entrevistados de alguma maneira estão insatisfeitos; os discursos de Tereza, Darci e Cristina apontaram para insatisfações referentes à profissão, como se constata a seguir:

... a profissão não é reconhecida, a profissão não dá status social, não dá louros, nós não somos os salvadores da pátria, muito menos dos pacientes, então quem não tem amor naquilo que faz ... não fica na profissão e... por conta disso eu acho que é ... não procuram o sucesso, a gente se satisfaz muito com o ... o paciente estar melhor,

sem o reconhecimento dos outros, mas sabemos do trabalho que a gente teve na recuperação dele e o papel importante que a gente tem ... **(Tereza)**

Destaco ainda outros exemplos com relação ao tema:

... Eu estou satisfeita com o meu trabalho, a gente nunca está satisfeito pela profissão ... ter um maior salário, reconhecimento.... ter um natal, um ano novo com a tua família, mais finais de semana em casa... essas coisas assim, essa profissão não proporciona ... **(Darci)**

... pessoas normais trabalham de segunda a sexta, nós somos pessoas anormais trabalhamos finais de semana, natal, ano novo, páscoa, enquanto nossa família está confraternizando ... **(Cristina)**

Cristina utiliza um estereótipo com a representação de "pessoas anormais" para lamentar a privação da vida pessoal em decorrência da carga horária da profissão.

As verbalizações de Alice, Cristina e Lúcia indicaram insatisfações quanto ao desempenho de sua atuação enquanto dirigentes da equipe de enfermagem:

... a gente acaba fazendo muita assistência, muitas vezes o serviço do auxiliar, fazer o trabalho realmente do enfermeiro, para pesquisar, para analisar, para discutir com o médico, muitas vezes a gente está no procedimento e o médico quer discutir e a gente não consegue ou ele está dando orientação para o auxiliar de enfermagem enquanto você está fazendo um cuidado com o paciente, então onde é que fica essa questão da liderança? Não que a gente tem que ser dono da situação mas... é... eu acho que é... todo enfermeiro quer saber as coisas de primeira mão pra ele estar passando, para ele estar exercendo esse... esse papel do líder ele tem que ter um relacionamento mais estreito com os outros profissionais, muitas vezes você não consegue porque você está num procedimento e quem acaba tendo isso é o auxiliar **(Alice)**

Alice mostra, através de seu discurso, que a assistência prestada ao paciente interfere nas funções específicas do enfermeiro enquanto líder da equipe, nota-se que a privação de orientações em primeira mão é empecilho para estar desempenhando tal função.

... Não, tem muitos pontos a melhorar... eu estar fazendo cursos, em estar aperfeiçoando mas... isso aí depende de tempo que nem sempre a gente tem na vida... tem a casa, tem outros serviços para fazer né ..., mas aqui no meu serviço quando eu estou aqui, tento me dedicar inteiramente da hora que eu entro até a hora que eu saio, mas fica falhas nesse outro lado, que eu sinto a necessidade de estar fazendo outros cursos, aperfeiçoando mesmo e nem sempre é possível ... **(Lúcia)**

Nesta verbalização, há a necessidade de buscar capacitação para aprimoramento da qualidade do serviço, porém, existe a dificuldade de conciliar a falta de tempo com suas intenções.

Em outro recorte evidencia-se a seguinte fala:

... Não, acho que é um crescimento contínuo ... a pessoa, o líder que eu era recém-formada, não é a de hoje. A gente vai aprendendo com os acertos e com os erros também ... e com as pessoas também da equipe, é ... as pessoas que você trabalha acrescenta alguma coisa em você sempre, então é ... eu acho que tem sempre que crescer, tem sempre alguma coisa para aprender ... **(Yolanda)**

Aqui se verifica que a aprendizagem faz parte de um processo contínuo "o líder que eu era recém-formada, não é a de hoje". Os integrantes da equipe são referenciados como partes integrantes deste processo; demonstra o reconhecimento que qualquer profissional, seja qual for a categoria, têm sempre algo a ensinar.

TEMA IX – LEMBRANÇA

Correspondem as unidades de registros que apontam uma situação marcante vivenciada pelos entrevistados sobre liderança.

... Uma coisa que me marcou foi quando é... eu fiz especialização em Administração da Ciência da Enfermagem nós tivemos uma... uma matéria sobre liderança, que veio um professor de fora falar sobre liderança, trabalhou com a gente três dias é... dinâmica de grupo, para se fazer com o pessoal, motivação, várias coisas e no final ele pediu para que a turma escolhesse alguém que tivesse a característica que ele havia né...que ele havia colocado de líder e que então que era para gente fazer uma votação secreta né, e ele iria no final é... colocar todos para ver quem era o líder do grupo né. E uma das meninas da equipe foi citada como é...o líder e foi unânime todo mundo votou, trinta e cinco alunos mais ou menos, teve um ou dois votos aqui e ali, mas digamos que 90% votou nela e realmente ela se enquadrava bastante, uma pessoa dinâmica, alegre, se comunicava bem, com uma... uma influência muito grande sobre o grupo então eu... eu marcou, porque eu falei puxa... dentro de três dias ou em alguns meses as pessoas conseguem identificar essa pessoa. Eu achei legal porque é uma pessoa que realmente mereceu o título de líder, foi uma coisa que marcou bastante ... **(Alice)**

... Eu tive uma professora da faculdade que é meu espelho. E ela é meu exemplo de enfermeira ... corretíssima, bem apresentada, sabia colocar suas idéias, inteligentíssima, e que... conhecia tudo aquilo que ela estava falando... então assim é... isso eu procurei vê e tentei sempre imitar ... ela era professora de... cirúrgica, foi minha supervisora e daí minha paixão por esta especialidade (risos)... o amor pela profissão que ela tinha era tão grande que... o que ela conhecia ela falava com uma certeza e uma força tão grande, eu sempre a vi como uma figura líder... era a

professora da disciplina que mais se sobressaía e todos, qualquer pessoa, qualquer colega que tinha dificuldade vou conversar com a Fulana e vou ver com a Fulana ... então é assim eu sempre tive ela, de espelho ... **(Tereza)**

Constata-se aqui, que esses discursos apresentados por estes dois entrevistados, as lembranças sobre liderança são otimistas, representadas por pessoas que possuem características que consideram ou idealizam como ideal para assumir o papel de líder.

Outro entrevistado, expressa suas aptidões profissionais para relatar um momento marcante de liderança.

... Solicitam minha ajuda, mas assim... é por eu saber fazer ou por ter destaque nesses assuntos assim relacionados, um exemplo é uma parada cardio respiratória, essas coisinhas assim ... **(Darci)**

Cristina e Lúcia relembrou fatos desagradáveis, em suas verbalizações declararam que atitudes de autoritarismo geram sentimentos de revolta, como apresentados a seguir:

... Eu tinha uma pessoa acima de mim que eu também era subordinada à essa pessoa, foi a fase mais difícil que eu vivi aqui dentro. Foi frustrante ... eram pensamentos muitos diferentes, formas de agir, a conduta pessoal mesmo... agente não falava a mesma língua ... tudo que eu fazia ela discordava ... **(Cristina)**

... Aconteceu esses tempos atrás, minha chefe chegou e falou assim: Você vai fazer um curso em outra cidade, teu nome já está lá, você tem que ir! Me deu um ódio, é bem essa a palavra, me subiu aquele calor no corpo, sem pensar em nada eu falei: Eu não vou, eu não vou porque eu não estou afim, não pode ser assim e eu não vou! Aí eu acho que ela viu o meu nervoso, tentou refazer toda a situação, contornar né.... **(Lúcia)**

Outro entrevistado suscita a situação do recém formado, o qual, por apresentar menor experiência profissional, depara-se com obstáculos, como mostra com clareza esta situação:

... Na minha graduação eu não tive oportunidade de presenciar por exemplo, nenhum atendimento em emergência né... quando tive uma situação de emergência no hospital que eu trabalhava, eu.... estava totalmente insegura né...eu tive naquele momento que aprender com as pessoas que eram as minhas subordinadas, eu tive que ver elas agindo pelo menos assim ... no primeiro momento, me senti péssima... mas refletindo, eu cheguei a conclusão que a gente aprende muito com as pessoas que são subordinadas mesmo, a gente aprende muito com cada um deles, cada momento, e isso vai ser sempre ... **(Yolanda)**

Nota-se que a experiência vivenciada em primeiro momento, de estar aprendendo com os subordinados, gerou um sentimento de incapacidade, hoje, há o reconhecimento da capacidade dos subordinados e a oportunidades de estar aprendendo com eles.

Descritos os temas e as categorias, apresento a análise interpretativa dos achados.

5.4 DA IDEALIZAÇÃO AO CONFORMISMO

O discurso dos enfermeiros entrevistados, revela o pensamento imaginário deles acerca da liderança no contexto da enfermagem. A elaboração deste pensamento expressa imagens construídas no meio social em que vivem, e os aspectos intrinsecamente relacionados que envolvem esta temática, permitem o encontro de uma pista que favoreça à interpretação dessa prática cotidiana.

Pela apreciação dos discursos sobre o conceito de liderança, pode-se constatar que os entrevistados a definem como a "maneira" do enfermeiro dirigir a equipe de enfermagem para a assistência de cuidados prestados ao paciente. Essa "maneira" esteve associada a alguns conceitos, que parece indicar uma percepção bastante idealizada, refletindo assim, a forma como eles compreendem e vivenciam a liderança. O que pode ser observado na focalização de sua posição diante das experiências cotidianas.

Outros aspectos a serem observados nas definições de liderança podem ser apontados. Entre eles está o fato do julgamento que recai sobre liderança em uma visão de fé e crença, a qual resulta na concepção de que não são todos os enfermeiros que nascem com as características necessárias para desempenhar seu papel de líder. Isso implica dizer, que o entendimento, aqui, de liderança, comporta um sentido mítico. Tal como visto com Enriquez (1997), o mito preenche todo um sistema conceitual, através de um dispositivo simbólico, neste caso um sistema de fé, permite satisfazer qualquer trabalho de indagação sobre as origens de si mesmo. Nesse sentido, a idéia transmitida desde a formação acadêmica, de que a liderança é algo que "pertence" ao enfermeiro, vai se reproduzindo de forma linear sem que haja uma discussão mais profunda sobre a questão.

Possuir habilidades pessoais, como uma inteligência excepcional, foi associada ao significado de liderança. Isso diz respeito ao mito e faz lembrar o herói, o semi-deus. Além disso, trata-se

de algo ideológico, porque segundo Enriquez (1997), o papel da ideologia é colocar o indivíduo na certeza e não na busca da verdade. Isto talvez se dê, como já comentado, pelo fato, da maneira, digamos, "impositiva" em que a liderança é "apresentada" ao enfermeiro em seu processo de formação, fazendo-os servidores de uma causa não criticável, levando-os a desenvolver tendências à homogeneização e à inércia e à aceitação sem questionamentos de seu papel social.

Esses resultados levam a inferir que o enfermeiro envolvido por mito e ideologias tem dificultado o entendimento de seu papel de líder dentro de uma perspectiva realista. Por outro lado, esses elementos o fortalecem por gerar segurança e não exigir que saia desse estado de alienação. Talvez, estes entendimentos sejam uma forma de autodefesa, no sentido de autopreservar-se de angústias e temores que geram qualquer dúvida. Isso Enriquez (1997) classifica ser próprio do pensamento mitificado.

Nesse sentido, acredito que pelo menos por um momento na vida profissional ou acadêmica do enfermeiro, veio-lhe a indagação: que liderança será esta? O que "ela" envolve? Assim, sem ter a certeza se as idéias que lhe passam são verdadeiras, para reprimir toda essa angústia e temor acerca da liderança, ele, o enfermeiro, assume o mito de que a liderança lhe é um direito adquirido pela graduação e passa a utilizá-lo na sua realidade cotidiana sem questioná-lo criticamente. Aceitar viver neste mito é o que Enriquez (1997) denomina de aceitação da constatação dos valores estabelecidos, é viver sem revolta, sem inovação, mas, se o enfermeiro é feliz em ter suas dúvidas e angústias suprimidas por este mito, ele permanece condenado a mediocridade.

No que concerne às atividades desempenhadas pelos entrevistados, é fato que o seu cotidiano apresenta uma fragmentação entre as funções administrativas e assistenciais, situações estas justificadas face às especialidades de cada serviço. Porém, é conveniente ressaltar, que uma

das dificuldades apontada pelas enfermeiras entrevistadas em desempenhar suas atividades enquanto líder foi o trabalho administrativo burocrático. Esses resultados indicam que incorporar atividades de cunho administrativo conduz o enfermeiro a uma inclinação a absorver a máquina do sistema institucional, revertendo-o a executar atividades talvez de maneira inadequada por possuir uma visão precária de administração adquirida durante o curso de graduação, porque, a administração abordada na formação do enfermeiro visa quase que unicamente a administração da assistência de enfermagem. A visão global do hospital, enquanto entidade lucrativa, econômica, administrativa de recursos de materiais e humanos não é discutida, no entanto, na prática, estas habilidades são exigidas do enfermeiro pela instituição.

Considerando que um dos enfermeiros entrevistados não tem contato algum com pacientes, evidencia-se a descaracterização primária à principal responsabilidade da profissão, a assistência ao paciente. Essa realidade aponta para uma dissonância entre a formação acadêmica e a realidade vivenciada pelos enfermeiros, a qual resulta em um comportamento acrítico e alienado diante do distanciamento do real papel que lhe foi ensinado.

Por outro lado, como foi apontado nas entrevistadas, o enfermeiro ocupado com o cuidado direto do paciente perde a liderança do subordinado, deixando espaço para que este tome sua função de líder diante de orientações médicas, uma vez que o enfermeiro se encontra impossibilitado de atender a este outro profissional da equipe de saúde. Ou seja, nesta situação para o enfermeiro é mais importante "ser" líder do que assistir ao ser humano necessitado. A essa situação, Enriquez (1997) denomina de poder, que nada mais é do que o esforço consciente de dominação de formar e construir um determinado modelo. O modelo aqui construído é o tripé médico, enfermeiro, auxiliar, no qual, as ordens devem partir de cima para baixo, seguindo rigorosamente a divisão social e técnica do trabalho em enfermagem.

Uma outra questão a destacar nesta visão é a desconsideração aos subordinados e ao próprio paciente, porque diante de qualquer discussão e ou orientação frente à uma nova conduta no tratamento para o paciente, independente do profissional que as recebe da parte médica, o único objetivo é intervir para o benefício do mesmo. Fato este, que demonstra um comportamento de dominação e de apropriação do trabalho coletivo.

O cotidiano profissional mostrou ser vivido com obstáculos; tal fato foi evidenciado através dos relatos de várias dificuldades que na percepção destas enfermeiras interferem no exercício da liderança. A busca das causas geradoras destas dificuldades, na opinião das entrevistadas, evidenciou estarem associadas a fatores pessoais, profissionais e institucionais.

Quanto às dificuldades relativas ao relacionamento interpessoal na enfermagem, esse fato torna-se bastante expressivo, pois a equipe de trabalho é composta por pessoas com diferentes níveis de formação, padrões sociais e comportamentais, os quais dificultam, talvez, o relacionamento e reflita em obstáculos para o desenvolvimento de um trabalho harmônico em equipe.

Para a compreensão da dificuldade relatada à resistência encontrada pelo enfermeiro por parte dos subordinados, um aspecto relevante a ser refletido, diz respeito a acontecimentos passados, já mencionado neste estudo, em que, elementos da equipe de enfermagem eram designados para assumir a "Chefia" do serviço de enfermagem levando-o ao controle e ao domínio da situação e da equipe, nesse sentido, há resistência em passar para o "outro lado", o de subordinado.

Nota-se a unanimidade entre o comportamento das entrevistadas em situações como esta, de conflito com os subordinados, de manterem atitudes para "resolver o problema" o "ouvir", "o conversar", o ter "paciência", sejam em situações presentes ou passadas.

Nesta situação, tal como vimos com Schermerhorn Jr et al. (1999), a idéia é a de que o uso do poder pessoal e do cargo devem ser utilizados para exercer a influência desejada nas relações, através de impressões favoráveis como amizade e boa vontade. Sob essa perspectiva, outras informações presentes nos discursos parecem corroborar que, para alguns sujeitos, o uso do poder pessoal e/ou do cargo em determinadas situações é a base do relacionamento entre enfermeiros e subordinados, conforme se mencionou ao significado de liderança associado à atitudes favoráveis aos subordinados. Nesse sentido, parece que o enfermeiro tem que "comprar" o seu espaço sendo um amigo, um confidente, para ganhar a confiança, o respeito e a adesão do grupo para conquistar seu papel de líder.

No grupo dos enfermeiros, a falta de um posicionamento homogêneo do grupo frente a exigência qualitativa da assistência de enfermagem realizada pelos subordinados foi indicada como dificuldade entre os profissionais, e a responsabilidade foi atribuída a falta de orientação por parte da diretoria de enfermagem ao grupo para o alcance de objetivos propostos.

De acordo com o Regimento Interno²⁹ do Departamento de Enfermagem do hospital em estudo, compete ao enfermeiro independente da especificidade do serviço, dentre outras atribuições, orientar e supervisionar o trabalho da equipe de enfermagem.

Dessa maneira, este resultado parece sugerir uma "desculpa" para um comportamento ineficaz como dirigente da equipe de enfermagem e com a própria profissão, caracterizada principalmente pela ausência da participação do enfermeiro junto à equipe, impedindo-o de utilizar os recursos que podem conduzir à integração e facilitar a interação com ênfase no seu papel assistencial. Desse modo, pode-se considerar a falta de padronização do atendimento e do trabalho em equipe estando impedindo a manutenção adequada da qualidade de assistência ao paciente, e constatar que a relação entre o grupo não é construtiva para os objetivos da enfermagem.

Quanto às reações que as enfermeiras apresentaram frente às dificuldades em liderar, a análise apontou para diferentes maneiras de agir, ou seja, utilizando formas simbólicas afetivas (Enriquez, 1997), assumindo uma atitude positiva, através de condutas que levem ao crescimento e ao desenvolvimento do grupo, como partilhar as dificuldades entre o grupo de enfermeiros; ou mostrando uma atitude negativa, ao manifestarem apenas sentimentos que não contribuem para a resolução dos problemas. Como dito por uma das entrevistadas, o fato de atribuir a diretoria de enfermagem o baixo desempenho do grupo, isso reduz por algum tempo a angústia da situação, mas não leva à solução do problema.

Tal resultado parece problemático, na medida que apenas uma entrevistada mostrou através de seu discurso ter uma atitude positiva frente às dificuldades. Acredito, que a falta de um posicionamento efetivo diante das dificuldades leva a crer que o enfermeiro tende a não

²⁹ Em anexo.

solucionar seus problemas e tampouco do grupo, e ainda, a não serem capazes de motivar o grupo, partindo, assim, para o conformismo e pouco engajamento profissional.

Nesta perspectiva de conformismo e pouco engajamento profissional, está a organização, que espera que estes profissionais comprometam-se com seus objetivos. Neste caso, explica Enriquez (1997), a organização oferece uma cultura, uma estrutura de valores e normas, para orientar condutas e a maneira de pensar de seus atores para contribuírem na realização de seus objetivos. Nesse sentido, evidencia que as organizações hospitalares determinam os comportamentos padronizados. Deve ser uma situação muitas vezes desejável por essas instituições, pois, uma classe profissional carente de padrões de intervenção, que "poderia" pleitear os seus direitos e delinear a sua prática na legislação que respalda o seu exercício profissional é facilmente manipulável.

Referente ao relacionamento entre enfermeiros, desprezar e censurar em nível pessoal e profissional são comportamentos e sentimentos demonstrados para se evitar o conflito. A esse respeito, Schermerhorn Jr et al, (1999), diz que quando o conflito é superficialmente administrado por rotinas comportamentais, se torna parte da cultura da organização. Desse modo, a acomodação se estabelece para promover a coexistência pacífica por meio do reconhecimento dos interesses comuns na meta. Assim, ignorando a natureza do conflito, se estabelecem níveis de frustrações e ressentimentos podendo levar a futuros conflitos.

É nítido nas entrevistadas o conflito entre intenção e ação, enquanto o mesmo sujeito assume ter um comportamento isolado do grupo, afirma que os membros da equipe fazem parte do seu processo de aprendizagem. Em outra situação, a insatisfação profissional da entrevistada é a falta de tempo para ter acesso às oportunidades de capacitação profissional. Ora, como foi mencionado, uma das vantagens do hospital em estudo, é proporcionar aos seus servidores a saída para cursos e eventos, isto durante todo ano, portanto, conviver insatisfeita juntamente

com as alternativas para satisfazer as insatisfações, creio que não se justifica, classifico de falta de engajamento profissional.

Em relação ainda ao grupo de enfermeiros, foi dito que atitudes impostas pela diretoria de enfermagem levam a discrepância frente à atitudes do enfermeiro. Esse ponto, coligado com a omissão de orientações da diretoria de enfermagem para objetivos propostos ao grupo, mencionado anteriormente, pode ajudar-nos a situar este problema, a projeção dos conflitos do grupo na diretora de enfermagem.

É interessante observar que o relacionamento entre enfermeiros é defensivo, os sujeitos se sentem isolados, solitários e, mesmo, abandonados. Note que, anteriormente, apenas uma entrevistada havia dito que é no grupo dos enfermeiros que encontra conforto, ao partilhar as dificuldades das atividades cotidianas. Com os subordinados, ao contrário, há demonstração de interesse em proporcionar crescimento e desenvolvimento profissional juntamente com os mesmos, o que justifique talvez, a prontidão para solucionar os conflitos que aparecem na relação. Penso que o uso do poder pessoal e/ou de cargo do enfermeiro para conquistar a confiança dos subordinados se deve ao fato de que o reflexo do seu trabalho é o desempenho do trabalho da sua equipe, portanto, há uma parceria, há um interesse em manter a relação harmoniosa para atingir os fins propostos, caso contrário, quando a unidade do hospital em que o enfermeiro é responsável é alvo de queixas e críticas advindas de pacientes, outros serviços do hospital e de outros profissionais da área da saúde, a responsabilidade recai sobre o enfermeiro. Assim, como é próprio de qualquer ser humano, todos querem "acertar", e este "acertar" nesta situação, beneficiará tanto o paciente através de uma assistência de enfermagem qualificada, quanto, os próprios membros da equipe ao se relacionarem de maneira amistosa.

Enquanto que em relação ao próprio grupo parece que há uma atitude de comparações, fuga, conformismo com as situações e sentimentos que os angustiam, tanto que houve a declaração entre as enfermeiras de que a relação com os subordinados é melhor do que com os próprios enfermeiros.

Pelo grupo trabalhar isolado, as enfermeiras não planejam suas atividades juntas, talvez aí surjam motivos de comparações que levam a conflitos. Supostamente, não adotam o mesmo comportamento com relação aos subordinados para resolução de conflitos, para não se indispor com as "colegas", porém, a frustração e a angústia dos conflitos não resolvidos persistem. No entanto, não demonstraram iniciativa por conta própria para reverter a situação. Outro ponto interessante a ressaltar, "as outras" nas falas das entrevistas, assumem o papel de "bode expiatório" as causas de conflito entre elas, o que parece ser próprio de uma espécie de projeção³⁰.

Quanto ao posicionamento da organização frente aos conflitos mencionados, é de total omissão. O interessante, como já foi dito, é que o enfermeiro desempenha um papel central na organização hospitalar, comprometendo-se com os objetivos propostos da organização, são responsáveis por manter a padronização estabelecida do sistema institucional. Por possuir esse papel fundamental na organização, acredito que, deveria haver uma maior atenção por parte da organização em promover o "bem-estar" deste profissional. Evidencia-se dessa maneira que a organização é impessoal, independente das "condições" do enfermeiro enquanto pessoa e/ou enquanto profissional, o que interessa é o produto final, ou seja, que eles, os enfermeiros estejam dando "conta do recado" conforme suas expectativas. É curioso a organização "agir" desta maneira porque ao negligenciar os conflitos existentes, os resultados esperados podem

³⁰ Aqui tem-se como projeção, de forma bem rápida, o mecanismo psíquico em que o sujeito considera seus próprios conflitos internos como estando em outrem ou sendo esse último a sua razão. Trata-se segundo Laplanche e Pontalis (1988, p. 478) de quando o indivíduo "expulsa de si e localiza no outro, pessoas ou coisas, qualidades, sentimentos, desejos e mesmo 'objetos' que ele desdenha e recusa em si".

sofrer um impacto significativo, pois, um grupo angustiado, desmotivado e solitário, não mantém um desempenho de melhor qualidade e dificilmente terá um engajamento profissional íntegro com a organização.

Diante desses apontamentos, talvez, se justifique a insatisfação unânime das entrevistadas com a profissão, o que aparece em queixas, de baixo salário, falta de reconhecimento e ou quanto ao próprio desempenho enquanto líder da equipe de enfermagem.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES GERAIS

O principal objetivo deste trabalho foi identificar as imagens que o termo liderança ganha no exercício profissional na visão do enfermeiro. Ao escolher esta temática, o instrumento analítico e a metodologia, eu sabia dos desafios a serem enfrentados, por se tratar de abordagens pouco, ou, talvez, pode-se dizer, não divulgadas na área de enfermagem. No entanto, foi devido a estes mesmos desafios que encontrei estímulo e forças para ir em frente e conduzir o seu desenvolvimento.

A utilização da fundamentação psicossocial selecionada permitiu uma circulação entre o interior e o exterior de cada um, nos vários aspectos que envolvem esta prática cotidiana do enfermeiro. Além de possibilitar o meu próprio "mergulho" enquanto participante desta prática cotidiana.

Para identificar as imagens de liderança dos enfermeiros, antes, no capítulo 2 foi apresentado o que é enfermagem, a função do enfermeiro, a estrutura organizacional onde ocorre a prática de liderança do enfermeiro, bem como as implicações dentro destas variáveis.

Concluiu-se, a falta de delineamento do papel profissional, pela dissonância da formação eminentemente assistencial com a prática de atividades administrativas burocráticas da organização hospitalar. A fragmentação entre as funções administrativas e assistenciais revelou um comportamento acrítico e alienado das enfermeiras por se conformarem com estes papéis que foram classificados como causas geradoras de insatisfação e de dificuldade em seu cotidiano. Desta forma, ficou demonstrado também que a organização hospitalar determina os comportamentos dos enfermeiros, principalmente pela inexistência de padrões de intervenções. Para tanto, a organização hospitalar espera deste profissional, que ajam conforme as normas preestabelecidas e sejam os responsáveis também a manter a

padronização dessas normas para o alcance dos objetivos propostos da instituição. Isso leva o enfermeiro a um comportamento "robotizado", faz lembrar os protagonistas do imaginário enganador, porque, segundo Enriquez (1997), a organização oferece tal imaginário aos seus atores para induzir os comportamentos indispensáveis à sua dinâmica, através de armadilhas visando seus próprios desejos.

Sobre como é pensada a liderança no contexto da enfermagem, foram examinadas, no capítulo 2, algumas concepções de estudiosos sobre o assunto e os resultados do trabalho de Rozendo, tido como hipótese a ser verificado neste estudo. Ao analisar o entendimento dos autores sobre liderança na enfermagem, lembrei-me da minha época de graduação, onde as "fórmulas prontas" para idealizar a liderança eficaz eram ilustradas desde características pessoais até por estilos de comportamentos que deveríamos "ter" como futuras "líderes" de sucesso. O trabalho de Rozendo colocou em foco tal questão, ou seja, o "título de líder" que é supostamente concedido ao enfermeiro como direito adquirido em função da autoridade concedida pelo diploma. Rozendo acredita que há interesse da própria categoria em preservar o status de líder porque não há questionamentos e/ou dúvidas sobre o significado de tal status e desse comportamento. Assim, Rozendo considera que a questão da liderança na enfermagem vem sendo tratada na profissão de maneira idealizada e mitificada na qualidade de aceitação das pessoas.

O capítulo 2 tratou de verificar algumas teorias de liderança na área específica de administração, verificou-se que é um tema com uma concepção multivariada, permeado de ambigüidades, dessa maneira, de difícil definição e alcance. Constatou-se que neste caráter de ambigüidade entre os estudiosos há um ponto comum entre os mesmos em relação a propor modelos normativos para que as pessoas sejam bem sucedidas em suas atividades. Ora, modelos de comportamentos, de características pessoais e até de previsão dos resultados, das tarefas e dos comportamentos dos subordinados de acordo com os modelos adotados não são

mais que idealizações, mitificações. Lembrando, segundo Enriquez (1997) que o relato mítico visa provocar no próximo fascinação, um enfeitiçamento dos que o escutam para que haja uma identificação com os protagonistas evocados na comunicação, com a função de unificar pensamentos e incitar comportamentos para permitir a cada um se aceitar como indivíduo social. Também foram examinados nesse mesmo capítulo os tipos de poderes utilizados pelos líderes para o alcance de fins propostos e os sistemas que uma organização desenvolve para determinar os comportamentos dos indivíduos inseridos em seu universo. Verificou-se que os tipos de poderes utilizados pelos dirigentes são habilidades de conseguir que os subordinados façam o que ele, o líder, deseja, isto é, que ajam conforme seus objetivos. Quanto aos sistemas que uma organização desenvolve, conclui-se que o sistema imaginário enganador é o mais utilizado pelas organizações, porque segundo Enriquez (1997) é o que permite a organização manter o controle sobre os comportamentos de seus membros. O imaginário motor por ser caracterizado pela expressão de liberdade dos membros da organização, liberdade no sentido de expressão e ação profissional, é utilizado somente em situações de emergências, pois, pode representar uma ameaça para organização a perda do controle dos seus integrantes.

O capítulo 3 abordou os conceitos e implicações do "núcleo" desta pesquisa, representações, imagens e mito. Tanto o capítulo 2 como o capítulo 3, serviram-me como um importante referencial para a análise dos conceitos que norteiam esta pesquisa. Esta fundamentação psicossocial, representações e imagens proporcionaram a este trabalho verificar as percepções, lembranças, sentimentos que atuam nos comportamentos das enfermeiras entrevistadas, porque Lauwe, Paul Chombart de, (1967) afirma que as imagens, nascem, se modificam e variam de acordo com a visão de mundo e da sociedade que o sujeito tem, correspondem, portanto, à cultura e, ao mesmo tempo, à experiência pessoal de cada um.

No capítulo 4, a apresentação da trajetória metodológica orientou a análise deste estudo, que foi realizada em seqüência, no capítulo 5.

No capítulo 5, com o intuito de encontrar respostas as questões que nortearam a investigação desta pesquisa, primeiramente foi apresentado o perfil da organização hospitalar em estudo, obteve-se uma visão de sua estrutura organizacional, constatando uma estrutura com processo decisório moroso e centralizado no que diz respeito à execuções de ações, mostrando-se incompatível para atender às suas próprias necessidades. A partir desta análise, deu-se a descrição dos discursos de cada entrevistada.

Os resultados da análise descritiva evidenciaram as experiências vividas no cotidiano dos enfermeiros com relação à liderança da equipe de enfermagem, fornecendo explicações sobre os vários aspectos que envolvem esta questão.

A análise descritiva proporcionou identificar as idéias que se mostraram mais expressivas nas falas das entrevistadas, e que, a meu ver, constituíram no cerne da pesquisa para serem examinadas com mais profundidade.

Quanto à questão deste estudo: "Quais são as Representações e Imagens que o enfermeiro constrói sobre o exercício do papel de líder"?

Foram identificadas, através dos discursos das enfermeiras participantes deste estudo, imagens idealizadas, mitificadas e onipotentes sobre o exercício do papel de líder da equipe de enfermagem. Conclui-se que as imagens idealizadas e mitificadas devem-se a maneira impositiva em que a liderança é apresentada ao enfermeiro em seu processo de formação fazendo-os servidores de uma causa não criticável. O mito preenche todo um sistema conceitual, o quê, quando e quem falou que o enfermeiro é líder ou que possui uma liderança inata, talvez, para estas enfermeiras ninguém possa responder. E como explicou Enriquez (1997), todo enigma gera angústias e temores, aceitá-lo é reprimir esses sentimentos e consentir a alienação.

Referente às imagens onipotentes identificadas, a construção de um modelo consciente de dominação é poder segundo Enriquez (1997), o modelo aqui apresentado foi a divisão técnica e social do trabalho em enfermagem.

Quanto à hipótese: "A liderança na enfermagem vem sendo tratada na profissão de maneira cristalizada, idealizada, envolta por um caráter mítico"? Considerando a resposta da questão deste estudo, pode-se apontar como sendo verdadeira.

Poder-se-ia, dizer que, diante disto há mudança possível? Ao meu ver, acredito que sim, uma vez que a temática na qual se envolve a liderança é por demais profunda. Acredito que estas considerações não se findam e nem é minha intenção fazê-lo, pelo contrário, é meu objetivo levantar questões que estimulem inquietações capazes de motivar novas investigações sobre a temática, para proporcionar aos enfermeiros, empregadores e responsáveis pela formação destes profissionais pontos importantes a serem refletidos e analisados.

Tendo em vista os aspectos abordados neste estudo, para finalizar, proponho algumas sugestões.

Aos cursos de graduação em enfermagem:

Que façam reformulações nos conteúdos que conduzam o enfermeiro a desmitificar valores ideológicos para uma atuação condizente com sua realidade. Na medida em que o cotidiano do exercício profissional, em instituições hospitalares requer o emprego constante de atividades diversificadas para os enfermeiros, acredito que para realizar a contento essa função, é fundamental, ao enfermeiro, demonstrar conhecimento dos processos administrativos e organizacionais, articulando as perspectivas técnica e humanística no cotidiano da assistência, programada, executada e avaliada continuamente pela equipe.

Aos profissionais enfermeiros:

- Que busquem conquistar seu espaço dentro das instituições hospitalares para o favorecimento do desenvolvimento organizacional no imaginário motor.
- Valorizem a equipe multidisciplinar, reconhecendo nestes profissionais verdadeiros cúmplices na busca de clientes assistidos com um padrão de atendimento que tenha a qualidade e o respeito aos quais têm direito.
- E por último, para promover novas maneiras de pensar recomendo a fala de Lauwe (1967), cada um sofre influência do outro, o sujeito se apóia sobre o modo de pensar de seu grupo para ordenar os objetos, segundo o nome e o sentido que lhe é atribuído, porém, a maneira pessoal de reagir do sujeito, pode concorrer para modificações das representações de seu meio.

As instituições hospitalares:

- Implantar programas que desenvolvam relacionamentos e sentimentos entre os membros do grupo para que cada um se faça sentir enquanto pessoa dentro do seu papel profissional.
- Favorecer a integração intragrupal, promovendo reuniões com a participação de todos os componentes, ouvindo as diferentes opiniões, estimulando a criatividade individual para a busca conjunta de mecanismos que contribuam efetivamente para a melhoria da assistência.
- Que reavaliem suas filosofias de trabalho e as condições de trabalho oferecidas ao enfermeiro, proporcionando recursos adequados ao desempenho das funções de dirigente, contribuindo, assim, para a satisfação das expectativas de ambos.

- Reorganizar os meios em busca de um melhor desempenho, encurtando-se caminhos do processo decisório de forma que as decisões sejam mais ágeis e eficazes e assim possa atender satisfatoriamente à todos.

Aos administradores (do HU):

Procurar um maior estreitamento com a Universidade Estadual de Maringá para manter o desempenho do objetivo do Hospital Universitário de Maringá nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Aos administradores (área de administração)

Que reflitam a respeito dos valores sobre os quais estão fundados os estudos de liderança.

Acredito que, a realização deste estudo, bem como as observações dessas sugestões, venham a contribuir para a formação de profissionais enfermeiros mais consciente de seu sistema de valores, e este sistema para existir deve:

[...] se apoiar numa representação coletiva, num imaginário social comum. Por imaginário social entendo que só podemos agir enquanto tenhamos uma certa maneira de representar para nós aquilo que somos, o que desejamos ser, o que queremos fazer e em que tipo de sociedade ou de organização desejamos intervir ou existir. Tais representações devem ser não apenas intelectualmente pensadas, mas afetivamente sentidas para serem operantes. Não se trata unicamente de querer juntos, trata-se de sentir juntos, de experimentar a mesma necessidade de transformar um sonho ou um fantasma em realidade cotidiana e de dar a si mesmos os meios adequados para chegar a isso (ENRIQUEZ, 1997, p. 92)

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Trad. Alfredo Bosi. São Paulo: Mestre Jou, 1970.
- ALMEIDA, M.C. P. de. **Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática**, 1984, 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1984.
- AUREN, U. **How to be a successfull**. Nova York: McGraw- Hill Book Co., 1953.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BASS, B. M. **Leadership and performance beyond spectations**. New York: Free, 1985.
- BERGAMINI, C. W. t al. **Psicologia da vida organizacional: motivação e liderança**. 2 ed., São Paulo: Atlas, 1997.
- _____. **Liderança do sentido**. São Paulo: Atlas, 1994.
- BERNHARD, C. e WASLSH, M. **Leardership**. St. Louis: C.V. Mosby. 1990.
- BENNIS, W.; NANUS, B. **Líderes: estratégias para assumir a verdadeira liderança**. Trad. Auripebo Berrance Simões. São Paulo: Harbra, 1988.
- BLAKE, R. R. ; MOUTON, J. S. **O grid gerencial III: a chave para a liderança eficaz**. São Paulo: Atlas, 1989.
- BRASIL. **Diário Oficial da União**. Lei nº 7498. Publicada em 20.06.86, Seção I, fls.9273-9275.
- BURNS, J.M. **Leadership**. New York: Harper & Row, 1978.
- CANONICE. B. C. F. **Manual do estágio de administração da UEM**. Maringá, Pr: DAD Publicações, 2002, 158 p.
- CASSELL, C.; SYMON, G. **Qualitative methods in organizational research: a practical guide**. London: SAGE Publications Ltd, 1995.
- CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração**. v.1., 5 ed., Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Deontologia de Enfermagem**. Resolução COFEN-9 1975.
- COOPER, D.R.; SCHINDLER, P. S. **Business research methods**. McGraw-Hill Irwin, 2000.
- COVEY, S. R. **O líder do futuro: visões, estratégias e práticas para uma nova era**. São Paulo: Futura, 1996.
- DE PREE, M. **Leadership is a art**. New York: Daubleday Books, 1987.

DIAS, T. A . **Fatores determinantes de satisfação nas relações de trabalho entre enfermeiros do Hospital Regional de Cascavel (HCR)**, 1999, 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

ENRIQUEZ, E. **A organização em análise**. Trad. Francisco da Rocha Filho. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

GARDNER, J. W. **Liderança**. Trad. Eduardo F. Alves. Rio de Janeiro: Record, 1990.

GONÇALVES FILHO, A . A . **Poder e liderança**, 1993, 134 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia e Ciências) – Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, São Paulo, 1993.

HERSEY, P., BLANCHARD, K.H. **Psicologia para administradores de empresa**. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: EPU/MEC, 1976.

HORTA, W. A . **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JOHNSON, A . C. & SCHULZ, R. **Administração de hospitais**. Trad. Carlos J. Malferrari et al., São Paulo, Livraria Pioneira, 1979.

JOVCHELOVITCH, S. et al. **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

KÄES, R., *Psychanalyse et représentation sociale*. In JODELET, D. **les representations sociales**. 4.ed. Paris, Puf, 1994.

KAST, F. E.; ROSENZWEIG, J.E. **Organização e administração: um enfoque sistêmico**. 2. ed., São Paulo: Pioneira, 1980.

KOLASA, B.J. **Ciência do comportamento na administração: uma análise das funções administrativas**. Trad. Otávio Martins e Fany M. Tchaicovsky. Rio de Janeiro: LTV, 1978.

KOTTER, J. P. **The leadership factor**. New York: The Free Press, 1988.

KRON, T. **Manual de enfermagem**. 4.ed., Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.

KURCGANT, P. et. Al., **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LAMBERSTEIN, E. C. **Equipe de enfermagem: organização e funcionamento**. ABEN, 1996.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário da Psicanálise**. Trad. Pedro Tamem. 10^a ed., São Paulo: Fontes, 1988.

LAUWE, MARIE-JOSÉ CHOMBART de. **Um outro mundo: a infância**. Tradução: Noemi Kon. São Paulo: Perspectiva, 1991, 474 p.

LAUWE, PAUL CHOMBART de –Henry et. Alii. **La femme dans la société: son image dans différents milieux sociaux**. 2 ed., Paris: CNRS, 1967.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. 2 ed., Tradução de Bertha Halpern Gurovitz. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999, 350 p.

MATSUDA, L. M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem de uma uti- adulto:** perspectiva de gestão para a qualidade da assistência, 2002, 244 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MELO, M. R. et al **Opinião da equipe de enfermagem em relação à liderança exercida pela enfermeira.** **Revista O mundo da Saúde**, v. 19, n. 10, p. 334, 1995.

MELLO NETO. G. A . R. **Acerca de imagens e representações.** **Revista Acta Scientiarum**, Maringá, v. 2, p. 181-203, 1994a.

_____. **O ardil da criança:** o pensamento adulto sobre a criança, sob um enfoque psicanalítico Maringá: EDUEM, 1994b. 217 p.

MINAYO, M. C. S. (org) **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 3 ed. Petrópolis, RJ:Vozes, 1994.

MORA, J. F. **Dicionário de filosofia.** Buenos Aires: Sudamericana, 1975.

MOREIRA, A .S. P. **Representações sociais:** teoria e prática. João Pessoa, PA: Universitária, 2001. 464 f.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea:** a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1991.

NITSCHKE, R. G. **Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família no cotidiano em tempos pós-modernos:** a descoberta dos laços de afeto como caminho, 1999, 461 f. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

OLIVEIRA, M. I. R. O enfermeiro e a enfermagem. In: **Anais do CBEn** (33), Manaus, AM, 1981, p. 19-31.

OSOL, A. at al. **Dicionário médico blakiston.** 2. ed., São Paulo: Editora Organização Andrei, 1989.

PAIM, R. **Problemas de enfermagem e terapia centrada nas necessidades do paciente.** Rio de Janeiro: Luna, 1978.

PRESTES, M. F.C. & BRESSER, P. L.C. **Introdução à organização burocrática.** 2. ed., São Paulo: Brasiliense, 1981.

ROBBINS, A . **Awaken the giant withing.** New York: Fireside Books, 1991.

ROGERS, C. R. **Sobre o poder pessoal.** 2. ed. São Paulo, Martins Fontes, 1986.

ROSENOW, A.M. Professional nursing practice in the bureaucratic hospital – revisited. **Nursing Outlook**, 31 (1): 34-39, 1983.

ROZENDO, C. A. **Liderança na enfermagem**: refletindo sobre um mito, 1995, 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

SCHERMERHORN JÚNIOR, J. R. et al., **Fundamentos de comportamento organizacional**. Trad. Sara Rivka Gedanke. 2. ed., Porto Alegre: Bookman, 1999.

SECAF, V. Liderança: desafio para a enfermagem. **Revista de Enfermagem em Novas Dimensões**. São Paulo, 3 (4): 2-5, 1977.

SIMÕES, A. L. de. **O "ser líder" no cotidiano do profissional enfermeiro**, 1997, 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, 1997.

SIMÕES, C. I. Et al., **Contribuição ao estudo da terminologia básica de enfermagem no Brasil**: Taxionomia e Conceituação. Bauru, SP, 1980.

TAPPEN, R. **Nursing leadership and management**. Philadelphia: F.A. Davis, 1995.

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

_____ et al. O significado da administração da assistência ao paciente. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v.10, n.1, p. 34-37, 1989.

_____ **Enfermagem Hospitalar**: administração & burocracia. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1988.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas 1987

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SISTEMA DE BIBLIOTECAS. **Normas para apresentação de documentos científicos**. Curitiba, 2001.

VALIGA, T. M. Leadership for the future. **Holist Nurs. Pract.**, v.9, n. 1, p. 83-90, 1994.

ZALEZNIK, A. & URIES, M. **O poder e a mente empresarial**. São Paulo, Pioneira, 1981.

A N E X O S

ANEXO I

REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HUM) – MARINGÁ – PARANÁ

O Regimento Interno do Serviço de Enfermagem do Hospital Universitário de Maringá – HURM - que é conduzido pelo(a) Diretor(a) de Enfermagem, é composto de:

Finalidades

Posição hierárquica

Estrutura Administrativa

Competência dos serviços

Categorias funcionais do Serviço de Enfermagem

Requisitos profissionais dos recursos humanos

Pessoal e suas Atribuições

Carga horária dos servidores e turnos de trabalho

Horário de descanso

Disposições gerais

CAPÍTULO I

FINALIDADES DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Art. 1.º - O Serviço de Enfermagem do HURM tem por finalidades:

1. propiciar ao cliente uma assistência integral, de maneira digna e segura, em todos o momentos da sua vida;
2. promover o melhor padrão de assistência por parte da sua equipe, através do constante desenvolvimento técnico-científico;
3. oferecer oportunidades de progresso nas funções e crescimento dentro das especialidades;
4. desenvolver um clima harmonioso e seguro que enfatize o trabalho em equipe;
5. colaborar nos estudos e pesquisas científicas autorizados pela instituição e pelo Comitê de Ética;
6. contribuir com os cursos de graduação e de nível médio de enfermagem bem como outras instituições educacionais na formação de profissionais;
7. participar no recrutamento dos profissionais para compor a Equipe de Enfermagem;
8. colaborar com os demais serviços do Hospital, a fim de aperfeiçoar e desenvolver os trabalhos técnicos e administrativos;

9. atuar de acordo com as leis e princípios estabelecidos no Estatuto Geral dos Servidores do Estado do Paraná, Regulamento do HURM, Código de Ética de Enfermagem e pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREn).

CAPÍTULO II

POSIÇÃO HIERÁRQUICA

Art. 2.º - A Diretoria do Serviço de Enfermagem – DEE - do HURM é subordinada ao Diretor Superintendente e deve ser gerenciada por um Enfermeiro, com autonomia técnico-científica e administrativa em assuntos de enfermagem.

CAPÍTULO III

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Art. 3.º - A Diretoria do Serviço de Enfermagem do HURM possui a seguinte estrutura:

1. Divisão de Internação:

- Unidade de Clínica Médica
- Unidade de Clínica Cirúrgica
- Unidade de Pediatria
- Unidade de Ginecologia e Obstetrícia e Alojamento Conjunto
- Unidade Neonatal - Semi-intensivo
- Unidade de Terapia Intensiva-neonatal
- Unidade de Terapia Intensiva-adulto

2. Divisão de Atendimento:

- Unidade de Pronto Atendimento
- Unidade de Serviços Especializados (Ambulatório)
- Unidade de Centro Cirúrgico
- Central de Materiais Esterilizados (CME)

§ 1.º - As Divisões que compõem a Diretoria de Enfermagem (DEE) são gerenciadas pelas Chefias de Divisão, subordinadas a(o) Diretor(a).

CAPÍTULO IV

COMPETÊNCIAS DOS SERVIÇOS:

Art. 4.º - Compete ao Serviço de Enfermagem de todos os setores:

1. prestar assistência integral, humanizada e com qualidade a todos os clientes, considerando as suas necessidades biopsicossomáticas;
1. oferecer segurança e condições ambientais favoráveis, que facilitem a manutenção da equipe e a recuperação do usuário/cliente
2. providenciar, manter e controlar equipamentos, instrumentos, instalações, materiais e medicamentos à disposição do setor para o atendimento dos clientes, assim como encaminhar para conserto ou manutenção dos mesmos;
3. colaborar com a equipe multiprofissional de modo que agilize o diagnóstico e tratamento do cliente;
4. promover/colaborar em pesquisa científica de interesse para a enfermagem e áreas afins;
5. contribuir com o Serviço de Educação Continuada na formação e treinamento de recursos humanos, facilitando a operacionalização das atividades;
6. colaborar para com o andamento dos serviços de apoio;
7. fazer previsão e controlar os materiais, equipamentos, pessoal e outras necessidades das unidades;
8. criar ambiente de trabalho em equipe, considerando as capacidades individuais e profissionais, oferecendo oportunidades de desenvolvimento e crescimento técnico-científico;
9. promover a eficácia do atendimento através da padronização dos materiais e dos processos;
10. adotar os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão;
11. interagir com o sistema de referência e contra-referência determinado pelo município;
12. orientar os clientes e/ou familiares a respeito da alta hospitalar, cuidados domiciliares, retornos, locais para exames e outras informações ainda durante o período de hospitalização;
13. registrar dados de interesse para o bom andamento do serviço e para controle estatístico;
14. elaborar e apresentar relatórios das atividades e procedimentos desenvolvidos nas unidades conforme estabelecido pela instituição.

CAPÍTULO V

CATEGORIAS FUNCIONAIS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Art. 5.º - A Equipe de Enfermagem do HURM é constituída pelas seguintes categorias funcionais:

- Diretor(a) do Serviço de Enfermagem
- Chefe de Divisão
- Enfermeiro(a) Supervisor(a)
- Enfermeiro(a) Assistencial
- Auxiliar de Enfermagem

CAPÍTULO VI

REQUISITOS PROFISSIONAIS DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 6.º - São requisitos Profissionais do(a) Diretor(a) e das Chefias de Divisão de Enfermagem:

1. ser Enfermeiro e ter o seu Certificado registrado no COREN do Estado onde exerce a sua função;
2. preencher os requisitos estabelecidos no Regulamento para eleições para o cargo de Diretor de Enfermagem e Chefes de Divisão da Diretoria de Enfermagem do HURM, aprovado pela Reitoria em 24/10/00.
3. ter competência técnico-científica, qualidade de gerenciamento e liderança participativa, controle emocional, criatividade, dinamismo, facilidade de relacionamento e trabalho em equipe, boa saúde física e mental e visão holística do ser humano.

Art. 7.º - São requisitos profissionais do Enfermeiro Supervisor e do Enfermeiro Assistencial:

1. ser Enfermeiro e ter o seu Certificado registrado no COREN do Estado onde exerce a sua função;
2. ser preferencialmente especialista na área em que atua e ter visão abrangente nos cuidados ao cliente;
3. ter versatilidade, bom relacionamento e trabalho em equipe;
4. ter competência técnico-científica e qualidades para exercer a liderança participativa; ser dinâmico e criativo, interagir e agir com rapidez.

Art. 8.º - São requisitos Profissionais do Auxiliar de Enfermagem:

1. ter o seu Certificado registrado no COREN do Estado onde exerce a sua função;
2. possuir habilidades técnicas e conhecimentos científicos sobre as atividades que realiza, espírito de cooperação, dinamismo, criatividade, participação, disciplina, aceitação de autoridade e supervisão sempre que as circunstâncias exigirem.

CAPÍTULO VII

DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9.º - São Atribuições de todos os Servidores da Enfermagem do HURM:

1. cumprir o Código de Ética e Deontologia de Enfermagem e os Deveres dos Servidores da Universidade Estadual de Maringá conforme está estabelecido no Estatuto dos Funcionários do Estado do Paraná e Regimento Geral da UEM.

Art. 10 - São atribuições do(a) Diretor(a) de Enfermagem do HURM:

1. participar na definição e condução de políticas de recursos humanos, assistencial, de pesquisa e pedagógica para o Hospital Universitário em consonância com os preceitos constitucionais, legislação em vigor e o projeto pedagógico do curso de enfermagem bem como dos demais cursos da UEM que utilizam o HURM como espaço de formação.

Art. 11 - São Atribuições da Chefia de Divisão:

1. acompanhar a passagem de plantão nos diferentes turnos para detecção e resolução de problemas;
2. observar se os enfermeiros sob a sua responsabilidade cumprem os horários de trabalho;
3. articular o trabalho desenvolvido por todos os profissionais da enfermagem atuantes em sua unidade de produção, em diferentes turnos de trabalho, promovendo inclusive a viabilização de canais de comunicação na resolução de problemas, bem como no planejamento setorial;
4. atuar como elo de ligação e de interlocução entre as unidades que chefia e a Diretoria;
5. registrar e encaminhar o descumprimento das leis que regem o servidor da enfermagem lotado no HURM.
6. desencadear mecanismos para o desenvolvimento do trabalho em equipe, promovendo a

- integração dos enfermeiros com os auxiliares de enfermagem e destes, com a equipe multiprofissional;
7. compor a instância de deliberação da Diretoria de Enfermagem, representando a Divisão que chefia (esta representação implica na problematização coletiva na Divisão, dos assuntos a serem discutidos e deliberados);
 8. acompanhar e promover a avaliação contínua da metodologia utilizada na assistência de enfermagem e implementar readequações quando necessárias;
 9. coordenar a atualização permanente dos manuais de normas, rotinas e procedimentos das unidades de sua divisão;
 10. orientar e avaliar medidas de prevenção de acidentes de trabalho, cooperando com o Serviço de Medicina do Trabalho (SESMT) e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH);
 11. acompanhar, orientar e avaliar diretamente o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros assistenciais e indiretamente os auxiliares de enfermagem;
 12. providenciar condições ambientais e estruturais favoráveis para o atendimento ao paciente;
 13. estar diariamente presente na área de atuação, participando das atividades de atendimento ao cliente;
 14. cooperar ativamente com o Serviço de Educação Continuada, facilitando-lhe o espaço de atuação;
 15. prever e planejar o aperfeiçoamento da equipe de trabalho;
 16. implementar nas unidades de sua responsabilidade as medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar e de acidentes de trabalho, estabelecidas pelas comissões afins;
 17. encaminhar pedidos de aquisição de materiais e equipamentos, conforme solicitação dos enfermeiros, nas unidades de sua Divisão;
 18. elaborar escala mensal de revezamento dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, controlar a escala de trabalho dos mesmos, conforme necessidades da área de atuação;
 19. planejar escala de férias dos servidores sob a sua responsabilidade;
 20. avaliar o desempenho da equipe de enfermeiros e auxiliares lotados na sua divisão e permitir que o avaliem quanto a sua atuação no serviço, utilizando-se da metodologia proposta pelo Serviço Recursos Humanos;
 21. promover e coordenar reuniões mensais com as equipes de enfermagem da sua divisão;
 22. acompanhar a inclusão de enfermeiros e auxiliares de enfermagem contratados para a sua divisão;

23. promover o bom relacionamento da equipe de enfermagem e serviços afins, demonstrando disponibilidade e colaboração;
24. participar das reuniões gerais da enfermagem;
25. colaborar com os departamentos da UEM na formação de profissionais da área de saúde e com instituições credenciadas que procurem o HURM como campo de estágio e de pesquisa;
26. colaborar com o (a) Diretor(a) de Enfermagem no desempenho de suas funções e substituí-lo(a) nos seus impedimentos;
27. adotar medidas de modo a manter a ordem, a integridade e a limpeza dos materiais, mobiliário e equipamentos do setor;
28. orientar e supervisionar o uso de vestuário adequado ao trabalho junto aos membros da equipe sob sua responsabilidade;
29. fazer orçamento, controlar os custos e elaborar relatórios das áreas sob sua responsabilidade;

Art. 12 - São Atribuições do Enfermeiro Supervisor e do Enfermeiro Assistencial:

1. ser responsável pela atuação da(s) equipe(s) de enfermagem do seu turno;
2. participar efetivamente da passagem de plantão nas enfermarias das respectivas unidades;
3. receber o paciente recém-admitido na unidade, junto com o auxiliar de enfermagem;
4. planejar, organizar, coordenar e avaliar a assistência de enfermagem no seu turno de trabalho, aplicando a SAE aos pacientes da unidade sob seus cuidados (conforme proposta de divisão de leitos da comissão da SAE);
5. prestar cuidados diretos aos pacientes graves ou de maior complexidade que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
6. delegar e avaliar a assistência de enfermagem prestada pelo auxiliar de enfermagem;
7. integrar-se à equipe multiprofissional na elaboração do Plano Terapêutico;
8. propiciar e facilitar condições para o desenvolvimento dos projetos de assistência, ensino e pesquisa;
9. solicitar reparo de material e equipamentos danificados durante o seu turno de trabalho;
10. acolher as necessidades de ensino em sua unidade de trabalho e preparar os demais servidores para tal prática;
11. promover reuniões mensais com os Auxiliares de Enfermagem da sua equipe;
12. participar das reuniões gerais da enfermagem;
13. participar da avaliação de desempenho coordenada pela Chefia;

14. fazer ajustes necessários nas escalas dos auxiliares de enfermagem quando houver necessidade e após, notificar o chefe de divisão;
15. registrar, notificar e encaminhar ao chefe de divisão, atos indisciplinares referentes aos auxiliares de enfermagem que extrapolam o seu controle;
16. acolher, orientar, acompanhar e interagir com os membros que visitam o cliente;
17. colaborar no remanejamento de funcionários do setor quando preciso;
18. orientar, adotar e supervisionar medidas de prevenção de acidentes no trabalho;
19. cumprir e fazer cumprir medidas estabelecidas de controle e prevenção de infecção hospitalar;
20. resolver problemas administrativos ou de funcionários, comunicando o fato posteriormente à chefia;
21. orientar e supervisionar o uso de vestuário adequado ao trabalho junto aos auxiliares de enfermagem sob sua supervisão;
22. colaborar no controle de horas extras, atrasos, faltas e repouso dos funcionários;
23. atuar como elo de ligação entre o chefe de divisão e os auxiliares de enfermagem sob sua supervisão;
24. participar e colaborar com programas de treinamento e reciclagem para os servidores lotados na unidade sob sua supervisão;
25. propor e participar na atualização das normas, rotinas e procedimentos da unidade onde atua;
26. participar de grupos de Controle de Qualidade e de elaboração de projetos assistenciais referentes a sua unidade junto com o(a) chefe de divisão;
27. acompanhar a inclusão de auxiliar de enfermagem e de enfermeiros contratados;
28. emitir parecer técnico sobre materiais e equipamentos;
29. realizar as atividades técnico-assistenciais e burocráticas, conforme consta no Artigo 11 da Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, bem como outras de complexidade semelhante estabelecidas pela Comissão de Normatização do HURM.

Art. 13 - São atribuições do Auxiliar de Enfermagem:

1. receber e passar plantão na enfermaria, conhecendo e informando as ocorrências;
2. prestar cuidados integrais aos clientes sob sua responsabilidade, de acordo com a escala e distribuição dos clientes, usando métodos e técnicas apropriados a cada procedimento;

§ 1.º Nas UTIs, cabe a esta categoria auxiliar o Enfermeiro Assistencial no cuidado integral ao cliente.

3. auxiliar os membros da equipe na prestação de cuidados ao cliente;
4. realizar as atividades técnicas-assistenciais e burocráticas conforme consta no Artigo 11 da Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, bem como outras de complexidade semelhante estabelecidas pela Comissão de Normatização do HURM. (esta Comissão deverá ser implantada em breve).

CAPÍTULO VIII

CARGA HORÁRIA DOS SERVIÇOS E TURNOS DE TRABALHO

Art. 14 – A carga horária e os diferentes turnos de trabalho da enfermagem do HURM são regidos pela lei federal que versa sobre a Consolidação das Leis do Trabalho/91.

1. O(a) Diretor(a) de Enfermagem, se docente, assistencial ou técnico, deverá efetuar as atividades em regime de dedicação exclusiva (40 horas semanais) concomitantemente àquelas que forem de sua atribuição no quadro de pessoal da instituição em que é lotado, dependendo o seu horário de trabalho das necessidades do ambiente.
2. Os chefes de divisão cumprirão carga horária de 40 horas semanais e permanecerão de sobreaviso aos finais de semana e durante o período noturno, comparecendo no hospital sempre que necessário;
3. Aos enfermeiros assistenciais/supervisores cabe cumprir um total de 36 horas semanais divididas em turnos de 6 horas nos períodos matutino, vespertino e noturno, denominado de “noite sobre dois”, os quais constam dos seguintes horários: 7,00h às 13,00h, 13,00h às 19,00h e das 19,00h às 01,00h respectivamente. O horário de trabalho no período noturno integral é das 19,00h às 07,00h intercalado por um período de descanso de 60 horas.
4. os auxiliares de enfermagem também cumprem horários semelhantes aos dos enfermeiros assistenciais, acrescidos de um turno intermediário de 12 horas (das 13,00h às 01,00h) no setor de Pronto Atendimento (PA).
5. Com exceção do(a) Diretor(a) e das Chefias, os demais servidores da enfermagem do HURM devem cumprir jornada de 36 horas semanais.

CAPÍTULO IX

HORÁRIO DE DESCANSO

Art. 15 - O descanso dos servidores da enfermagem deverá obedecer à legislação (Consolidação das Leis do Trabalho/91) e às normas de funcionamento dos horários e áreas de repouso estabelecidas por uma comissão interna do HURM.

Art. 16 - Uma escala de revezamento do pessoal de enfermagem deverá ser determinada pelo enfermeiro responsável pelo plantão, de modo que a unidade permaneça suprida de profissionais em quantidade e qualidade suficientes para atender a clientela.

CAPÍTULO X

DISPOSIÇÕES GERAIS:

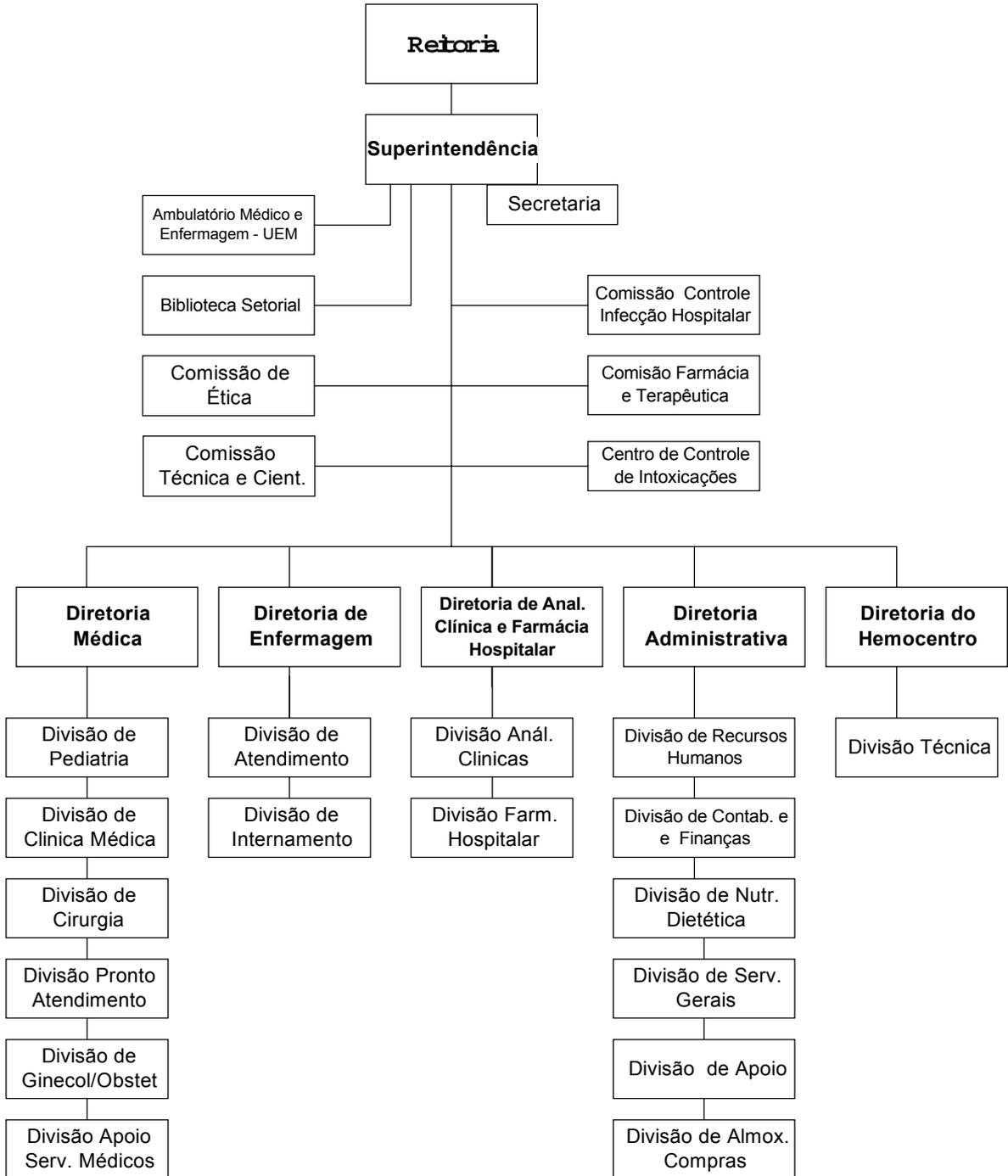
- Em situações emergenciais, quando solicitado, todo servidor de enfermagem deve apresentar-se ao serviço, independentemente da sua carga horária.
- Todo funcionário deve apresentar-se ao trabalho, para troca de plantão, 10 minutos antes do horário, conforme escala, devidamente trajado, portando-se de forma cortês e gentil com os colegas.
- Os trabalhadores da equipe de enfermagem deverão atuar de acordo com o Código de Ética e Deontologia de Enfermagem e os Deveres dos Servidores da Universidade Estadual de Maringá conforme estabelecido no Estatuto e Regulamento Geral da UEM.
- Os funcionários do Serviço de Enfermagem não poderão receber pagamento de clientes, responsáveis ou familiares pelos serviços prestados na instituição.
- É obrigatória a adoção das medidas recomendadas pelas comissões estabelecidas na instituição.
- É proibida a ausência de todos os servidores da unidade, ainda que por um curto espaço de tempo.
- Sempre que se fizer necessário, as instâncias de deliberação superior e intermediária apresentadas poderão decidir sobre questões não previstas neste Regimento.
- As instâncias anteriormente mencionadas possuem a seguinte conformação:

Instância Superior: Reuniões da Diretoria de Enfermagem (DEE) + Chefias + Colegiado Gestor (CGE).

Colegiado Gestor = Responsável Técnico do Setor + Chefias + Diretor(a).

Instância Intermediária: Reuniões de Divisão + Reuniões de Unidades.

ORGANOGRAMA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ



ANEXO II

Instrumento para Coleta de Dados

Identificação dos sujeitos:

Tempo de formado:

Cargo ocupado:

Tempo de trabalho nesta instituição:

Roteiro para a entrevista

1. Que tipo de trabalho que você realiza no seu dia-a-dia?
2. Qual o conceito de liderança no contexto da enfermagem?
3. Tem encontrado dificuldades para o desempenho das funções de líder da equipe de enfermagem? Em caso afirmativo, quais são elas?
4. Qual a sua reação diante destas dificuldades?
5. Há implicações por parte da Organização na sua maneira de liderar? Em caso afirmativo, quais são elas?
6. A relação profissional com seus subordinados é satisfatória? Por quê?
7. A relação profissional com seus colegas de trabalho (enfermeiros) é satisfatória? Por quê?
8. Você classifica de satisfatório ou insatisfatório sua atuação enquanto líder da equipe de enfermagem? Por quê?
9. Conte-me uma passagem que te marcou sobre liderança.

ANEXO III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo como premissa, a possibilidade de melhoria contínua nos processos de trabalho da enfermagem para estabelecer estratégias em acordo com as necessidades da equipe, beneficiando desta maneira, a profissão, a empresa e os clientes, é que solicitamos a sua participação neste estudo, cujo objetivo consiste em estudar questões referentes à liderança em enfermagem de enfermeiros deste hospital.

A sua colaboração ocorrerá através de entrevistas de caráter espontâneo e focal; espontâneo por solicitar aos entrevistados opiniões sobre acerca do tema *Liderança* e focal por serem realizadas em um curto espaço de tempo, no sentido de uma conversa informal. Lembro que este estudo resultará em uma Dissertação de Mestrado a ser apresentada por mim, ao Programa de Pós-graduação em Administração, da Universidade Estadual de Maringá.

As determinações estabelecidas pela Resolução n.º 196/96 do Ministério da Saúde concernentes à Realização de Pesquisas com Seres Humanos serão rigorosamente cumpridas conforme a seguir:

- 1 - Ter a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados com a pesquisa.
- 2 – Ter a liberdade de retirar a meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa ou a outrem.
- 3 – Ter a garantia de que em hipótese alguma serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade.
- 4 – Ter garantido o compromisso de que o (a) pesquisador (a) me proporcionará informação atualizada durante o estudo, ainda que possa afetar minha vontade de continuar participando.
- 5 – Ter o compromisso de se fazer cumprir a legislação em caso de dano.
- 6 – Que, se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

EU, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Enfermeira Ana Cleide Soares Victor, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, participar do mesmo.

Maringá, ___/___/2003.

Assinatura do Respondente.

Eu, Enfermeira Ana Cleide Soares Victor, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo aos enfermeiros.

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar a responsável pelo projeto, Ana Cleide Soares Victor à R: Professor Giampeiro Monacci, 402 apto 32, Edifício Girassóis do Sul - Jd Novo Horizonte – Maringá – Pr - Telefone (44) 227-3116 ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Bloco 035 – Campus Central – Telefone: (44) 261-4444.

ANEXO IV

ENTREVISTAS*

ALICE

Qual o conceito de liderança no contexto da enfermagem?

Olha liderança... tenho um pouco de dificuldade de falar de liderança que é uma coisa que eu sei que eu não tenho muito né, mas eu acho que liderança é assim: você é... consegui através da exposição de suas idéias convencer as outras pessoas de que é melhor, fazer praticar determinada ação, é... você mobilizar as pessoas pro, pra, pra um determinado procedimento pra uma determinada atitude, ter um certo, uma certa influência em cima das pessoas, tem pessoas que são líder inatos, e outros não, que tem que aprender, mas é... às vezes o líder numa equipe de trabalho se destaca não pelo enfermeiro às vezes um auxiliar... ele tem mais é... como que eu falo... voz ativa entre aspas, consegue liderar, consegue expor melhor suas idéias, consegue fazer as pessoas acreditarem mais naquilo que ele tá falando, as pessoas seguirem aquilo que ele orienta né, muitas vezes o enfermeiro não que essa, essa... qualidade.

Tem encontrado dificuldades para o desempenho das funções de líder da equipe de enfermagem? Em caso afirmativo, quais são elas?

Tenho, tenho dificuldade sim. É ... não é me intimidando com as pessoas mas eu, eu fico, eu acabo sendo muito mãezona né, então eu tenho às vezes dificuldade de puxar orelha daqui ou

dali, eu tento assim da melhor forma possível ter um ambiente agradável, quando as pessoas começam a entrar em atritos isso me deixa... eu fico mal, me sinto mal, o ambiente fica pesado, se eu tenho conflito com alguém eu não consigo chegar e falar né, só que se eu não falar também meus sentimentos negativos vão crescendo cada vez mais com relação à pessoa e às vezes eu não tenho muito papo para falar com as pessoas (pausa). No início quando eu comecei a trabalhar eu acho que eu era muito autoritária, eu acabava entrando muito em atrito com as pessoas porque eu queria que a minha idéia fosse aceita de uma forma positiva, aí, você começa a ver que aquela forma não dá certo, você acaba é... virando um pouco... tentando se adaptar, as pessoas e o dia-a-dia do trabalho ... seu cotidiano, e você acaba se envolvendo um pouco mais com as pessoas e assim com essa dificuldade de estar chamando a atenção aqui e ali, não gosto de ficar falando toda hora o que a pessoa tem que fazer como é que tem que fazer, eu acho assim todo mundo sabe o que tem que fazer tem que ir lá e tem que fazer e procuro chamar atenção, mas de uma forma mais amena do que o verdadeiro puxão de orelha.

Qual a sua reação diante destas dificuldades?

Uma reação de impotência, eu fico assim impotente diante de algumas situações me sinto assim super mal, fico me criticando né, porque eu acho eu teria que ser diferente já que eu não nasci com isso eu teria que buscar isso, eu me sinto mal, muito mal.

A quem você classifica isso?

Eu acho que é um pouco da minha... é a minha formação, porque a gente na, na, durante todo o tempo de graduação a gente não entrou em contato com nenhuma disciplina que falasse de liderança... nós na verdade fomos preparados para ser auxiliares, a gente aprende os cuidados,

* Aqui, algumas perguntas e ou trechos foram omitidos para preservarem a identidade dos sujeitos.

dar banho, banho leito, trocar paciente, mudar de decúbito, fazer os cuidados assistenciais, mais a questão assim... que eu me lembre quando eu fiz administração não tinha uma... alguma coisa enfocando liderança né, as... características de um líder, não. Era colocado de uma forma estranha como se o líder tivesse que ser autoritário, na verdade a gente que vê que hoje um líder autoritário não tem nada a ganhar, só tem a perder né, que hoje a empresa e as pessoas querem outro tipo de liderança, eu acho que a formação foi péssima. E... vai um pouco da minha personalidade também, porque se eu tenho um problema com alguém enquanto eu não resolvo eu fico remoendo aquilo, minha raiva vai crescendo, é bem assim, o líder tem que passar por cima de algumas coisas.

Você acha que a pessoa já nasce líder?

Não, eu não acho que nasce um líder, eu acho que há líder, líderes que são natos, que nasce com aquele espírito de liderança e outros não, outros tem que aprender tem que buscar tem que adquirir essas qualidades de líder.

A relação profissional com seus subordinados é satisfatória? Por quê?

A relação é satisfatória, eles me conhecem bem e eu à elas, quando a coisa vai para um lado que eu não gosto, sento e converso no geral coloco eles embaixo das minhas asas.

Dá um exemplo de uma situação dessas.

R: Ah... uma situação (pausa) dois auxiliares é... conversando, conversando e eu chego para pegar o plantão e elas falam assim: — Olha, nós duas estávamos conversando e nós achamos melhor não dar o banho no paciente, porque o paciente acho que vai a óbito até de madrugada, então a gente vai dar o banho de mais tarde, o que você acha de dar o banho mais tarde? Aí você... aí eu paro para pensar assim: não, eu vou dizer não, vai dar o banho agora. Aí o

paciente vai a óbito naquela hora. Aí por outro lado você fala assim: — Ah, tudo bem então, mais tem que passar dado o banho, vocês sabe que é rotina. Não, não a gente passa. Aí, eu fico me sentindo mal, puxa vida mas eu tinha que ter falado que não, que independente do paciente ir a óbito daqui uma hora ou não, aí o que eu faço acabo de um jeitinho ou de outro tentando convence-las que o melhor é dar o banho. Acabam dando o banho, mais eu me sinto aborrecida porque não tinham que elas discutiram entre elas. Acabaram dando o banho? Acabaram dando o banho. Do jeito que eu queria que desse? Do jeito de que queria que desse. Mas eu tive que convencer argumentar com muito jeito.

Conte-me uma passagem que te marcou sobre liderança.

Uma coisa que me marcou ? É ... eu fiz especialização em Administração da Ciência da Enfermagem nós tivemos uma... uma matéria sobre liderança, que veio um professor de fora falar sobre liderança, trabalhou com a gente três dias é... dinâmica de grupo, pra se fazer com o pessoal, motivação, vários coisas e no final ele pediu para que a turma escolhe-se alguém que tivesse a característica que ele havia... né...que ele havia colocado de líder e que então que era pra gente fazer uma votação secreta né, e ele iria no final é... colocar todos pra ver quem era o líder do grupo né. E uma das meninas da equipe foi citada como é...o líder e foi unânime todo mundo voto, trinta e cinco alunos mais ou menos trinta alunos, todo mundo maioria teve um ou dois votos aqui e ali, mas digamos que 90% voto e realmente ela se enquadrava bastante, uma pessoa dinâmica, alegre, se comunicava bem, com uma... uma influencia muito grande sobre o grupo então eu... eu marcou porque eu falei poxa, dentro de três dias ou em alguns meses as pessoas conseguem identificar essas pessoas. Eu achei legal porque é uma pessoa que realmente mereceu o título de líder, foi uma coisa que marcou bastante.

Você gostaria de algum comentário sobre as questões que foram colocadas?

Olha, eu queria colocar que eu me sinto um pouco triste com relação a liderança quando as pessoas falam em liderança, eu me sinto um pouco aquém ainda dos líderes, eu acho que eu tenho que estudar, tem que... é uma coisa que eu tenho que ir atrás e ao mesmo tempo eu me acomodo um pouco porque ser líder é... é... é estar sempre em conflitos com os outros, você está em conflitos... tem que está sempre se deparando com alguma coisa e... eu não sei se é porque tive uma experiência desagradável, também, que realmente assim... me inibiu, então toda vez que falo de liderança é uma coisa que me incomoda um pouco me deixa um pouco tensa.

Você se incomoda de comentar sobre esta experiência desagradável?

Fui coordenadora foi uma situação da minha vida difícil, acho que eu não deveria ter assumido compromisso na época porque eu tinha criança, filho pequeno, mas enfim assumi. Dei o que eu pude de mim. Trabalhei, fiz tudo para tentar agradar vi que líder também não tem que agradar ninguém, sabe, foi uma coisa positiva disso, mas tentei agradar tudo e todos e não consegui acabei saindo assim, com... com... uma certa sensação de que eu não cumpri com meu dever com o meu papel, não consegui fazer com que as pessoas reconhecessem o meu trabalho então uma coisa que me decepcionou bastante, fiquei muito triste comigo e com os outros também né, acabei desacreditando um pouco da equipe. Eu acho que isso foi um... um ponto negativo na minha vida profissional, às vezes quando eu lembro disso eu me sinto triste quando as pessoas comentam alguma coisa como: Ah! Tanto se falou em reunião e tem coisas que não mudou, eu me sinto assim (pausa) dói em mim um pouco porque afinal de contas foram feitas reuniões foi falado, mas coisas que não dependiam de mim mas que as pessoas apontam como incompetência das pessoas que administraram, fiquei um pouco triste comigo e com os outros e isso me desmotivou um pouco com relação à liderança.

DARCI

Qual o conceito de liderança no contexto da enfermagem?

É liderança assim é... eu não vejo como algo que se conseguiu estudando, lendo livros, é muito difícil conseguir só estudando, porque ... você lê muito determinado assunto, você não aprende assim de uma hora para outra... É como aquele ditado né ... quem é líder já nasce líder, não tem jeito. Mas ela é ... muito mais coisa que envolve a liderança...hum ... não basta ter conhecimento, porque ela envolve o relacionamento pessoal, interpessoal, porque além de ser supervisor você tem que ser o amigo em muitas horas, o confidente ... tem que levar mais afimco o problema do seu subordinado

Então você considera que o líder já nasce pronto?

Já nasce.

E quais seriam estas características do líder?

Eu penso assim ... em uma reunião é aquele que sempre opina ou negativo ou positivo é... é.. não precisa ser extrovertido... assume uma posição de destaque dentro da assistência, vamos dizer ... tem excelência em alguma coisa assim.

E você é uma líder?

Eu ... eu acho que eu tenho destaque entre outras pessoas, ou as outras pessoas são apáticas (risos) eu realmente eu tenho um pouquinho de liderança, liderança assim que eu falo é... em comandar os outros ... emitir opiniões e... defende-las, por isso eu julgo ela como ... é tomar partido... não só comandar ... mas definir o que fazer, ter opinião formada em tudo e ter uma certa noção, ter uma opinião.: Não porque o líder, o líder que eu falo assim, o líder não assim comandar definir o que fazer e sim também ter opinião formada em tudo.

Tem encontrado dificuldades para o desempenho das funções de líder da equipe de enfermagem? Em caso afirmativo, quais são elas?

Eu não tenho dificuldade enquanto profissão, porque eu tenho embasamento teórico e científico para mim atuar lá ... tenho dificuldade sim no relacionamento interpessoal, com as pessoas lá dentro porque o relacionamento humano é muito complexo.

Qual a situação desta dificuldade nos relacionamentos.

É... por exemplo, nos trabalhamos lá ... por ter uma unidade onde tem bastante funcionários ... então quando tem que por exemplo é... vamos dizer chamar atenção ou... ou advertir sobre alguma coisa ... ficava em um clima de muita tensão, porque eu ... eu era muito explosiva ... só que pensei que poderia ser eu o problema, como acho (risos). Mas eu mudei a atitude mudei é.. algumas ações minhas e... consegui desde então realizar tudo que eu quero tanto é que... consigo, consegue andar bem esse setor comigo, um pouquinho egoísta falando mas é isso.

Qual a sua reação diante destas dificuldades?

Antes é... é... eu era muito explosiva, como te falei, acabava até ofendendo outras pessoas, hoje.. já algum tempo venho me policiando nesse aspecto, assim eu escuto bem, respeito,

procuro não ficar mais irritada com a situação em si, mas ... se alguma coisa me desagradava comigo me segurava, mas a irritação é forte... acho que sou pavil curto. Aí ... eu refletindo depois ... mais tarde sobre o assunto consigo trabalhar bem a questão.

Há implicações por parte da Organização na sua maneira de liderar? Em caso afirmativo, quais são elas?

De maneira organizacional não interfere, o problema é quando você necessita de recursos de materiais, aí não dá para fazer uma boa assistência com falta de material. Na questão de tomada de decisão, como liderança hierarquicamente no setor, nunca implica em nada. Na maneira de eu agir, certa ou errada, nunca fui interferida, sempre foi assim, até nos outros locais de trabalho que passei.

A relação profissional com seus subordinados é satisfatória? Por quê?

Quando eu me comportava daquela maneira explosiva, tinha muitas crises, até inimizades. Mas depois que resolvi mudar a relação é boa, procuramos conversar bastante, discutir procedimentos, tirar dúvidas, agora está legal, é... temos bastante diálogo mesmo.

A relação profissional com seus colegas de trabalho (enfermeiros) é satisfatória? Por quê?

É a mesma coisa, a relação é boa já passamos por crises, mas agora está boa.

Que tipo de crise?

Aquilo que te falei, era explosiva e não media as palavras para falar então magoei muitas pessoas.

Você classifica de satisfatório ou insatisfatório sua atuação enquanto líder da equipe de enfermagem? Porque?

Hoje não estou desanimada, estou em um momento legal ...mas posso melhorar.. já melhorei enquanto relacionamento... é em atitudes perante as outras pessoasdeixei aberto para receber críticas e foi através ... através das criticas que eu mudei... é ... que o relacionamento mudou é ... não só o relacionamento ... o pessoal no geral mudou.

Então pode classificar que você está satisfeita?

Eu estou satisfeita com o meu trabalho a gente nunca está satisfeita pela profissão que a gente esperava mais salários, mais reconhecimento, não é verdade (risos)... é você ter natal, um ano novo com a tua família, mais finais de semana em casa ... essas coisas assim essa profissão não proporciona. Não há reconhecimento, a gente ainda trabalha finais de semana, plantão, natal, ano novo, não ... veja o caso, eu... responsável pelo o setor, enquanto outras tiraram férias, atestados, licenças não remuneradas eu que cubro, meu horário de trabalho é o período noturno, hoje eu estou a tarde, amanhã estou de manhã, depois da manhã eu passo 12 horas aqui tudo cobrindo. Colaboro com as outras colegas, de cooperar com elas, porque como vou cobrar que os demais façam a mesma coisa? É bem assim porque hoje assim é... difícil manter esse vínculo só, muita gente precisa de outros serviços ... melhorar o orçamento familiar, que eu também vivi isso e que hoje eu tenho um emprego só, então você não pode exigir assim dedicação exclusiva porque hoje o salário não é compatível com o que era antigamente, mas assim é... você tem que manter certas compensações é... é... quanto mais você veste a camisa da casa mais regalias você tem, não falo de regalias em que ... enquanto um descansa o outro trabalha não é assim é... eu falo assim enquanto é... saída de liberação para eventos.

Conte-me uma passagem que te marcou sobre liderança.

Sempre em situações na assistência que ocorre alguma complicação me solicitam então eu consigo tomar o comando ... da ação da atividade,.. é... é por eu saber fazer ou por ter destaque nesses assuntos assim relacionados, um exemplo é uma parada cardio respiratória, essas coisinhas do dia-a-dia.

TEREZA

Qual o conceito de liderança no contexto da enfermagem?

Liderança eu acho que é uma coisa muito subjetiva, nós... temos ou não um espírito de liderança e a gente põe em prática se quiser. É... é... na enfermagem acho que grande parte dos enfermeiros tem um espírito de liderança nem todos colocam em prática e liderança para mim é... poder dar um norte no grupo é... é um serviço de coordenação, de orientação mais também a gente tem... tem várias formas de liderança, eu gosto de fazer uma liderança um pouco mais democrática, alguns momentos eu acho que a gente tem que ser autocrata, tem que ser, tem que impor a vontade do líder mas eu gosto de ouvir a... a... as opiniões em geral e... tomar decisão com o grupo, acho que... no... na... assim... é... uma coisa simples, liderança acho que é dar o norte a equipe.

Tem encontrado dificuldades para o desempenho das funções de líder da equipe de enfermagem? Em caso afirmativo, quais são elas?

É Acho que todo líder tem dificuldades em alguns pontos. É.... o líder é... para você ser um líder não é... o que eu falei antes que tem que ter um espírito de liderança e por em prática mas eu acho que tem que ter muito conhecimento também. É... o conhecimento e a humildade é uma coisa que o líder tem que ter, é... mas o conhecimento é importante e na nossa área acho que a enfermagem ... nós temos que ter um conhecimento sempre atualizado e para você

por em prática a tua liderança você tem que ter esse conhecimento sempre atualizado, você não pode ser um líder ultrapassado. É difícil para todo líder saber, tem que ter a humildade de dizer não, isso eu não sei apesar de... de ter que de repente tomar a decisão, ter que ir atrás de outras pessoas, ouvir outras opiniões, então assim em alguns casos... eu acho que... eu... sinto algumas dificuldades em alguns casos por ter sempre só trabalhado na parte assistencial, não conhecia o todo do hospital, hospital parece que uma coisa muito simples mas é um... é um... uma unidade da universidade que é muito complexa, tem muitas questões políticas que se envolve e tem muitos preâmbulos e muitos caminhos por dentro da universidade pra você atingir a... a... aos objetivos que a gente quer e principalmente no início eu tive muita dificuldade, eu acho que eu conheço bastante coisa da área técnica mas as questões burocráticas que... que eu tinha na... necessidade de trabalhar eu tinha algumas dificuldades.

Qual a sua reação diante destas dificuldades?

Nós temos um entrosamento muito bom. Ham... é... a gente sempre procurava primeiro apoio entra a... dividia a dificuldade com a diretoria, com a outra chefe e com a diretora de enfermagem. Ouvia a opinião delas e... só depois a gente tomava uma decisão melhor ou... até ouvia o grupo assim... mas por esse entrosamento a gente primeiro a gente sempre procura apoio dentro da... da... das colegas, da diretoria mesmo.

Há implicações por parte da Organização na sua maneira de liderar? Em caso afirmativo, quais são elas?

Há sim, claro, você sabe ... aqui, a instituição interfere quanto aos trâmites burocráticos é... tudo muito lento, é complicado... porque às vezes tenho que resolver alguma coisa imediatamente e é... tenho que aguardar o desenrolar do processo.

Um exemplo.

É quando quero dar uma advertência para um funcionário tenho que esperar, às vezes até dias, não posso chegar e ir advertindo por escrito imediatamente. Tem todo aquele processo.

A relação profissional com seus subordinados é satisfatória? Por quê?

Na nossa categoria de enfermeiro nós nunca agradamos a gregos ou a troianos. E... eu acho assim que a gente tem que ser um misto de... é... saber ouvir, saber impor o... a vontade em certos momentos é... mas, procuro saber, ouvir o que eles acham, discutimos condutas, mas acredito que seja boa a nossa relação.

A relação profissional com seus colegas de trabalho (enfermeiros) é satisfatória? Por quê?

Como eu te falei ... quando temos dificuldades ouvimos uma a outra para ver qual atitude é ... tomar. Por isso, que eu classifico de uma boa relação, nos damos apoio uma à outra sempre quando uma vem pedir socorro.

Você classifica de satisfatório ou insatisfatório sua atuação enquanto líder da equipe de enfermagem. Porque?

Eu acredito... pela experiência que eu tenho e muitas... por esse tempo todo a gente percebe assim é ... hoje com a facilidade maior de mais universidades, mais faculdades abrindo tem mais auxiliares, mais técnicos fazendo curso de enfermagem para tentar subir na vida, mas a grande maioria dos... dos enfermeiros até agora era por... por vocação quem não tem vocação para ser enfermeiro não é enfermeiro, porque a profissão não é reconhecida a profissão não dá status social, não dá louros, nós não somos os salvadores da pátria muito menos dos pacientes, então quem não tem é... amor naquilo que faz não... não fica na profissão e... por conta disso eu acho que é... esse espírito que tem o enfermeiro ele é uma pessoa inquieta que

busca, que é... praticamente todas muito idealistas não procuram a... o sucesso a gente se satisfaz muito com o... com o paciente estar melhor, sem o reconhecimento dos outros, mas sabe do... do... do trabalho que a gente teve na recuperação dele e o papel importante que a gente tem.

Conte-me uma passagem que te marcou sobre liderança.

Eu tenho uma professora da faculdade que é meu espelho. E ela é meu exemplo de enfermeira corretíssima, bem apresentada, sabia colocar suas idéias, inteligentíssima, e que... conhecia tudo aquilo que ela estava falando então assim é... isso eu procurei vê e tentei sempre imitar é.. ela era professora de... cirúrgica ... ela foi minha supervisora, por isso minha paixão por está especialidade (risos). O amor pela profissão que ela tinha era tão grande que... o que ela conhecia ela falava com uma certeza e uma força tão grande que eu acho que isso assim eu sempre a vi como uma figura líder, ela ... era a professora da disciplina que mais se sobressaía e todos qualquer pessoa, qualquer colega que tinha dificuldade não vou conversar com a Fulana e vou ver com a Fulana então é assim eu sempre tive ela de espelho.

CRISTINA

Qual o conceito de liderança no contexto da enfermagem?

Eu creio assim, que no dia-a-dia, no peso do próprio hospital né, a enfermagem que conduz todas as coisas nas 24 horas, que a enfermagem que está junto do paciente 24 horas, acho que tem os outros profissionais envolvidos desde claro, a farmácia, laboratório, todo mundo, mas a enfermagem fica 24 horas com o paciente então é eu vejo assim que é, tem um papel muito importante e né, para que tudo corra bem, que tudo seja realizado para aquele paciente nas 24 horas você é o enfermeiro da unidade, então ... é o enfermeiro da unidade que conduz todas as coisas, ele que programa a assistência 24 horas, ele que...para essa assistência você precisa ter material, precisa ter equipamento, precisa ter uma escala coberta né, precisa de todas as coisas, você que conduz né, tudo isso e também eu acho assim que a sua posição, a maneira como você trabalha no seu dia-a-dia vai influenciar como a sua unidade caminha né, então o enfermeiro é que determina como que a unidade , que ritmo que a unidade dele vai caminhar.

Você se considera uma líder de enfermagem ?

Eu creio que aqui na unidade sim né, é... é um trabalho assim... muitas coisas depende de mim, do meu direcionamento, de como eu conduzo né, o trabalho, acho que todo enfermeiro na sua unidade deve , deveria ser líder né.

Desde o início da sua vida profissional, você se sentiu uma líder ou não ?

Não, acho que ... não, acho , no início a gente tem muita dificuldade, muita insegurança né, você sai da Universidade meio cru né, você tem que é ... você com o tempo, você vai aprendendo, você vai aprendendo a lidar com as pessoas, acho que a gente assim, vai melhorando a cada dia.

Como assim meio cru?

Eu creio assim ... que eu fiz minha Faculdade aqui na UEM, eu vejo, como uma Universidade que se classifica... que classifico com um bom curso de enfermagem... só que algumas coisas dependem depois de você ... porque você sai com aquele preparo básico pra você enfrentar o dia-a-dia, eu até acho que cada profissional deve trabalhar um determinado tempo depois para ele buscar a pós-graduação, você sai meio cru ainda né, no relacionamento também né, no dia-a-dia do trabalho, acho que a dificuldade é isso.

E hoje você tem encontrado dificuldades para o desempenho das funções de líder da equipe de enfermagem?

Acho que aqui aonde eu estou não, porque eu estou aqui há doze anos, você aqui estabelece alguns vínculos né, com as pessoas, com a unidade, faz muito tempo que você está por dentro de todas as coisas, talvez ... se eu mudasse de unidade você sempre passa aquele período de adaptação, acho que dificuldade todo mundo tem, mais claro que hoje eu acho que seria mais fácil de ser resolvida com mais facilidade.

Como é o seu relacionamento com os seus subordinados no dia-a-dia aqui ?

No dia-a-dia ? Ah ... eu classifico como bom né, é ... como faz muitos anos que nós trabalhamos juntos, eles já me conhecem, conhece o meu jeito de trabalhar que cada um tem a

sua maneira e eu também conheço cada um, eu acho assim, que eu considero como bom, eu sou uma pessoa que quando alguma coisa sai errada eu não sou de deixar passar, eu sou muito clara, muito direta, então eles também agem assim comigo né.

Você se julga amiga dos seus funcionários ou não, é um relacionamento puramente profissional ?

Eu acho que é profissional mas é impossível você conviver doze anos com as pessoas, entendeu e não desenvolver, acho que desenvolve vínculo sim, às vezes de amizade mais com um ou com outros ... nós não somos assim de freqüentar a casa um do outro, tem relacionamento fora daqui, mas enquanto a gente está aqui se algo acontece, se alguém precisa de alguma coisa, eu acho assim que é um relacionamento né é amigável, digamos assim.

A relação profissional com seus colegas de trabalho (enfermeiros) é satisfatória? Por quê?

Eu acho que agora a, é boa, a gente já passou por várias crises aqui, até, até ano passado, eu creio assim que hoje aqui no hospital, o relacionamento de todas as enfermeiras , o clima é totalmente diferente, é bom, eu acho assim que melhorou nos últimos meses né, os últimos seis meses né, nós já tamo em junho, melhorou assim, digamos 80% porque nós já passamos por dificuldade muito grave e acho que em relação às enfermeiras também tem aquelas que você tem mais afinidade, mais amizade e outras não né.

Quais eram as dificuldades que tinham e que melhoraram ?

Eu acho assim, o clima de trabalho sabe, eu acho que tinha muita fofoca é aquilo o que eu te disse se a liderança é de ouvir uma coisa aqui e falar outra ali, fala uma coisa no seu ouvido,

isso tudo quebra, divide os grupos entendeu e a gente tinha muitos grupos que era muito dividido aqui dentro e hoje de seis meses pra cá eu acho que as coisas tão mais unidas né, as pessoas tão mais unidas né, e claro que eu encontro dificuldade no relacionamento com elas, também como eu disse eu sou uma pessoa muito sincera então se eu não gosto de tal coisa ou senão eu falo mesmo, eu acho que não tem que ... né, e daí isso significa de que as outras pessoas então também não gostem muito de mim (risos).

Você classifica de satisfatório ou insatisfatório sua atuação enquanto líder de uma equipe de enfermagem? Por que?

Gosto da minha maneira de liderar, sou muito exigente, todos sabem disso, gosto de ver o paciente bem assistido, e o pessoal sabe disso, sou muito clara com o que eu peço, então ... eu acho que está bom esta parte... mas... vindo de outro jeito, hoje pensando bem eu não escolheria esta escolheria uma profissão ... eu nunca trabalhei num outro lugar senão hospital, eu nunca trabalhei num sistema de ambulatório, saúde pública, sempre trabalhei em hospital, desde que eu saí da Faculdade, eu diria que eu escolheria uma profissão mais tranqüila, que eu trabalhe de 2º à 6º feira, menos estressante, talvez num consultório né, onde não tivesse plantão final de semana, que eu acho que isso mata a gente, as pessoas normais trabalham de 2º à 6º e as anormais que somos nós, trabalhamos final de semana enquanto todo mundo da família está confraternizando reunidos nas festas, natal, ano-novo, páscoa.

Conte-me uma passagem que te marcou sobre liderança.

(Pausa) Eu acho que foi a minha passagem ... eu tinha um cargo que eu era chefe e tinha uma pessoa acima de mim que eu também era subordinada à essa pessoa, foi, que foi a fase mais difícil que eu vivi aqui dentro. Eu acho assim, que foi, que foi frustrante porque acho que eram pensamentos muitos diferentes, formas de agir, a conduta pessoal mesmo, era muito

diferente, em tudo que eu fazia dependia da outra pessoa né, agente não falava a mesma língua ... tudo ela discordava...então eu acho que foi uma fase muito difícil, bloquear o trabalho, uma fase que eu me sentia muito frustrada ... daí você se sente frustrada, você não tem vontade de fazer nada entendeu, deixa o barco correr do jeito que tá, você impede que as coisas se inunde, que inundação chegue entendeu, vai colocando umas coisinhas aqui, uma coisinha ali.

LÚCIA

Qual o conceito de liderança no contexto da enfermagem?

Ser um líder ... Liderar assim. O que eu vejo é você não ser aquele mandão, uma pessoa autoritária como eu já falei e mandar, e sim você tentar conseguir que eles trabalhem com você com o mesmo para o mesmo objetivo né, convencendo as pessoas a fazer aquilo que você quer, mas uma forma assim, discreta, sutil e não forte, pesada que aí eu acho que aí eu não consigo nada, acho que na forma de autoritarismo assim eu não consigo nada.

Tem encontrado dificuldades para o desempenho das funções de líder da equipe de enfermagem? Em caso afirmativo, quais são elas?

Tenho, claro que tenho com as pessoas difíceis de aceitar o que você pede, que você orienta, são pessoas assim fechadas pro novo, não aceita mesmo e aí que entra aquela parte que você tem que sentar, conversar, tentar explicar com muita paciência, com muita calma e é difícil.

Qual a sua reação diante destas dificuldades?

Às vezes dá raiva, angústia, uma sensação de prisão porque você depende dos outros pra que aquela coisa, aquele acontecimento aconteça né, do jeito que você espera e nem sempre você consegue porque chega na pessoa é barrado por resistência.

Há implicações por parte da Organização na sua maneira de liderar? Em caso afirmativo, quais são elas?

Não, a gente nunca pode ... eu nunca posso ser eu, eu mesma, porque eu posso tentar um determinado ... uma determinada forma que não é o que a diretoria pensa então eu nunca posso ser só aquilo do que eu mesma sou, sempre carrego as características da diretoria também né, então interfere.

Em que sentido ?

Então mais ou menos, eu não sei, acho que eu tenho que pensar um pouco agora se tem um exemplo assim. É ... eu vou citar um exemplo pra de repente te ajudar, porque muitas vezes ocorre assim é ... Aconteceu um fato uma vez de você está atuando mesmo como líder né, então teve um problema na unidade, o acompanhante não gostou, não aceitou as minhas

orientações, só que essa ordem , o que eu passei para esse acompanhante era ordem lá de cima, da diretoria vamos dizer, o acompanhante não aceitou e veio pra cima de mim, querendo me agredir fisicamente tudo mais, foi bem importante esse caso, aí fiquei muito assustada, me descontrolei, elevei o tom de voz com ele para impor o respeito que eu exigia dele, ele não aceitou, piorou a situação, eu fui atrás da diretora, a diretora chega então, põe a mão no ombro do rapaz e fala assim : quê que isso ? Vamos sentar ver o que aconteceu direitinho ... não é bem assim sabe, isso acaba com sua liderança, você não tem respaldo de ninguém, você passa a ter medo de fazer as coisas, você não faz o que deve ser feito, você deixa tudo de lado, tudo... você não sabe mais o que pode fazer, o que não pode, quando você faz tá errado, você não fez também está errado, então você fica perdida com medo e aí nada funciona.

A relação profissional com seus subordinados é satisfatória? Por quê?

Isso eu classifico muito boa, a relação é muito boa, é aquilo que eu te coloquei, sempre assim com paciência a gente consegue apesar de Ter certas resistências mas a gente consegue levar eles adiante né, levar a equipe adiante num determinado objetivo e ... (pausa) é uma relação assim de modo geral é boa, conversamos bastante, discutimos problemas numa boa mesmo.

A relação profissional com seus colegas de trabalho (enfermeiros) é satisfatória? Por quê?

Eu acho que a minha relação com os subordinados melhor do que com as enfermeiras.

Por quê ?

Cada pessoa tem um ponto de vista... nem sempre bate com o seu ponto de vista e geralmente gera impasses, para não ter desgaste o desgaste às vezes eu deixo de lado, não concordo, mas também não faço questão que ela concorde sabe, então a gente deixa, não vai alterar o meu serviço, não vai alterar nada, só ponto de vista, a gente tenta deixar mesmo.

Você classifica de satisfatório ou insatisfatório sua atuação enquanto líder de uma equipe de enfermagem? Por que?

Não, tem muitos pontos, mais assim, isso daí seria fora daqui né, eu tá fazendo cursos, em tá me aperfeiçoando mas isso aí depende de tempo que nem sempre a gente tem na vida, tem a casa, tem outros serviços pra fazer né, fora daqui, mas aqui no meu serviço quando eu tô aqui tento me dedicar inteiramente aqui mesmo né, da hora que eu entro até a hora que eu saio, mas fica falhas nesse outro lado, que eu sinto a necessidade de tá fazendo outros cursos, aperfeiçoando mesmo e nem sempre é possível.

Conte-me uma passagem que te marcou sobre liderança.

Aconteceu esses tempos atrás também da chefe, a minha chefe chegar e falar assim : você vai fazer tal coisa, você vai fazer um curso externo em outra cidade e o curso vai ser assim daqui dois dias, teu nome já tá lá e você vai, tem que ir.! Me deu um ódio, é bem essa palavra, me subiu aquele calor no corpo, sem pensar em nada eu falei : eu não vou, eu não vou porque eu não tô afim, não pode ser assim e eu não vou, aí eu acho que ela viu o meu nervoso, tentou refazer toda a situação, contornar né, mas não, mas agora não vai dá mesmo, eu não vou, não vou e não é assim que se faz as coisas porque você nunca pode chegar na pessoa e falar você vai fazer tal coisa porque eu quero, não é assim, isso não funciona assim, é o que eu vejo é totalmente o oposto do que eu faço aqui, eu não chego mandando, a gente chega conversando, sugerindo, pedindo e aí a gente consegue, e se eu chegasse mandando bem autoritária, eu acho que não ia conseguir nada.

YOLANDA

Qual o conceito de liderança no contexto da enfermagem?

É participação, é trabalho em equipe, a equipe mesmo, é tá crescendo junto, tá realizando junto tá, tá aproveitando a capacidade de cada um tá, então acho que é participação, não tem como você Ter um líder né de uma equipe que você só impor, você vai Ter que algumas vezes cobrar né digamos cobrar postura, cobrar uma parte técnica é uma coisa que faz parte de uma rotina que deixou de ser feita, mais assim, eu acho o respeito e você só vai conseguir ser um bom líder se você conseguir participar e fazer juntos, é aproveitar né aquela equipe que você tem ali né, e o que tem de bom é ... crescer junto com ele só assim, aprender com eles.

Você se considera uma líder da sua equipe de enfermagem?

É, eu tento tá, é complicado na medida que como você não fica num setor só e você se divide muito, você corre e apaga o incêndio né, então você tá num local e te chama, você interrompe uma atividade vai atrás de outra e você, algum plantão um setor te absorve mais, outros você assim, justamente pela prioridade o setor que tá mais corrido que tem mais intercorrências você deixa um totalmente abandonado mais mesmo é ... com essas dificuldades eu tento ser presente, passo, digo pros funcionários me procurem, se tá tudo bem, se tá acontecendo alguma coisa tá, mas a gente vê que existem aqueles funcionários que tem mais resistência, eles também são líder tá, dentro ali do setor junto na dupla ou no trio com o colega, quer dizer, ele tenta passar por cima da enfermeira.

Em que sentido, eles tentam passar por cima da enfermeira?

É, no sentido de que como o enfermeiro ... com a característica que ele assume vários setores, que ele não vai tá sempre presente, é ... ele passa alguma coisa antes de passar pra você tá,

então depois, fiz isso e ele vem te comunicar alguma coisa que já ocorreu, então se de repente e às vezes nem sempre isso é importante pode ser coisas banais mas às vezes é algo que você queria saber antes tá.

Mas você deixa claro isso para eles de que tem que passar primeiro para você ?

É ... eu acho assim, eu tento deixar claro tá, mas existe limites, mas à partir do momento que você se impõe de uma forma brusca é, fica pior tá, no relacionamento com a equipe, porque de repente eles boicotam ainda mais tá, como você vai continuar não tando presente, se você não tenta é ... fazer ele perceber de uma maneira mais branda que ele precisa comunicar isso à você, que se você for taxativo, é, às vezes fica pior porque daí que ele te boicota e aí fica péssimo pra situação de que você não tá no setor, que você só vai dá uma passada porque aquela passada que você dá é uma passada rápida, você fica uma hora no setor, você fica meia hora, vai depender da necessidade dos outros e tempo que você tem disponível aí vai ser muito difícil para um plantão de doze horas se ele não colaborar com você, você consegue isso aí.

Tem encontrado dificuldades para o desempenho das funções de líder da equipe de enfermagem? Em caso afirmativo, quais são elas?

É ... nessa Instituição.... a gente trabalha ... nós trabalhamos num número grande de enfermeiros e tem maneiras diferentes de conduzir as coisas de outros enfermeiros, então existem momentos que você, se pega exigindo algumas coisas que os outros não exige... exemplo o uniforme, que outras pessoas não ligam, então isso assim, dificulta sabe, eu gostaria que na equipe de enfermagem os enfermeiros tivessem em alguns assuntos, é um protocolo, uma maneira igual de agir sabe, então algumas coisas que a gente acha importante, é ... por exemplo, ouve erro de medicação, uma pessoa encara de uma maneira, outra pessoa encara de outra, então o que vai ser definido como o enfermeiro vai agir conforme o erro da medicação, vai Ter um registro, vai ser uma orientação, então ... é isso, alguns momentos a

impressão assim que você é, eu enfermeiro pego mais no pé do que outras pessoas, então você é mais chato né, você pega no pé, essas coisas, acho que isso dificulta.

Qual a sua reação diante destas dificuldades?

Depende, depende do momento, houve momentos que o meu sentimento foi deixar pra lá tá, é tipo, eu cansei de ficar exigindo coisas que as outras pessoas não achavam importantes, que são importantes, eu acredito que são importantes né, então postura, ética, coisas que são básicas que a gente aprende, que eles como auxiliares aprendem também, então é, houve momentos assim que eu me senti muito desestimulada ... então ficava assim muito eu é muito chato, muito marcante, então nesse sentido sabe, tem momentos assim que a gente quer desistir e entrar na bagunça, porque é ... gera antipatia, você tá cobrando.

Há implicações por parte da Organização na sua maneira de liderar? Em caso afirmativo, quais são elas?

O que interfere vamos dizer que seja a baderna tá, é o fato da gente assim, não se organizar de uma maneira que todas as pessoas, as enfermeiras, que ocupam cargos como o meu, de líder da equipe, não falam a mesma língua ... isso é sério tá, à partir do momento que nós enfermeiros né, que somos líderes dessa equipe dos auxiliares sentássemos e padronizasse algumas condutas, ficaria muito melhor tá, porque o que eu disse anteriormente você é chata, você cobra isso, você fala isso, porque que fulano, a questão tem um problema e você tem, então isso é uma falha né, da Organização, da nossa Organização tá e isso também às vezes tira a credibilidade do auxiliar na medida que um faz, outro não faz, um cobra, outros não cobra, um pode, outro não, então isso interfere tá e isso às vezes me deixa realmente né, como eu já disse anteriormente, me deixa cansada entendeu, de ser bem aquelas chatas e aquelas bem pegar no pé, aquela que tá sempre cobrando tá, então eu acho que, eu acho não, tenho

certeza nós deveríamos é nos organizar de uma maneira assim é melhor tá e discutir certos assuntos que são polêmicos e todos falassem a mesma língua .

A relação profissional com seus subordinados é satisfatória? Por quê?

Eu acho que tá bom, mas tem que melhorar sempre né, porque a gente nunca vai alcançar a perfeição tá, é, ele seria muito melhor se eu conseguisse trabalhar com o grupo diretamente o tempo todo tá, assim, se você me falar o que seria ideal né, é, pra começar o ideal seria esse, então eu tá sempre com aquela equipe, como período de trabalho desenvolveu o serviço partilhando junto com eles, sendo mais presente, que nessa situação de você fazer é supervisão de vários setores você acaba sendo ausente, então eu acho que seria muito melhor tá, eles iam me sentir muito presente, e esse seria o começo de alguma coisa ideal.

A relação profissional com seus colegas de trabalho (enfermeiros) é satisfatória? Por quê?

Depende tá, depende muito, é ... (pausa) em relação as colegas de trabalho é eu acho assim que existem pessoas né, como é um grupo, existem pessoas que a gente vai compartilhar é ideais comuns né, então se você tem uma postura semelhante tem idéias parecidas tá, então você acaba assim, se identificando mais com as outras pessoas e tem outras que você não concorda com muita coisa que você acha que tem muita coisa errada tá, então dessas pessoas a gente pensa assim, ficar mais que assim, separadas mesmo tá, ficar distante então você tem uma postura de distância, você não se sente à vontade de discutir assuntos profissionais com ela, não tem um vínculo de confiança, então.

Mas você classificaria de satisfatório teu relacionamento profissional com a equipe daqui dos enfermeiros?

Satisfatório ? Satisfatório se não gerar bastante atrito, é ... Ter uma convivência superficial ? É satisfatório tá, porque né, já faz parte da minha personalidade ficar bem na minha tá, justamente porque isso vai evitar uma série de transtorno agora eu gostaria né, assim, que a equipe fosse ... mais aberta no sentido de é ... mais sabe, falar, colocar mais, é não sei com os grupos entendeu, com alguns trabalhos né, de alguma maneira assim, o que não tá correto, que a gente tem de satisfação pra que a equipe crescesse tá, então eu acho que é o grupo né, do H.U. é muito grande com muitos profissionais competentes e que existe assim, muita distância talvez se a gente conseguisse trabalhar com dinâmica de grupo, não sei, de maneira que as diferenças fossem colocadas, fossem analisadas, fossem discutidas, o grupo ia crescer muito mais e aí sim o grupo seria mais participativo e o meu relacionamento seria mais satisfatório, acho que tem muita gente que tem muito pra dá tá e que não tá sendo aproveitado justamente por essa questão desse, cada um na sua e muito superficial.

Você classifica de satisfatório ou insatisfatório sua atuação enquanto líder de uma equipe de enfermagem? Por que?

Não. Acho que é um crescimento contínuo tá, a pessoa, o líder que eu era recém-formada não é a líder hoje tá, e a gente vai aprendendo com os acertos e com os erros também e com as pessoas também da equipe, é, as pessoas que você trabalha acrescenta alguma coisa em você sempre, então é ... eu acho que que tem sempre que crescer, tem sempre alguma coisa e a essa posição que eu estou hoje, eu acho que na enfermagem é, não é ideal de maneira nenhuma né, o ideal seria se a gente tivesse a oportunidade de trabalhar com uma equipe, deixar de estar mais presente, interagir mais com eles, participar mais com eles o tempo todo tá, não nesse sistema assim de popularmente aí apagar incêndio né, fazer um pouco aqui, um pouco ali, um pouco lá, na medida do possível como líder eu tento estar presente no que é mais importante né, nas prioridades, aonde vão precisar mais, as dificuldades né, tando ali dirigindo, apoiando,

ajudando né, tomando decisões também mas nada na medida do possível, às vezes as coisas acontece você sabe depois, ó, é resolveram fazer uma, um entracate, você tava lá no outro setor fazendo uma internação, a hora que eu chego já tá passando o entracate tá, é um procedimento que é bom, você tá lá aí de repente você, você pega o médico passando o entracate com técnica inadequada, você fala pros teus auxiliares : escuta, e daí porquê que ele tá lá, você ofereceu o material ? Ah! Eu ofereci mas ele não aceitou, então acho que nessa hora por exemplo que já tá no procedimento como vou interferir, fica mais complicado, a figura do enfermeiro faz a diferença nessa hora né.

Conte-me uma passagem que te marcou sobre liderança.

Eu acho que assim, fato, fato, eu não, você diz que pode ser positiva ou negativa, eu acho que a liderança também é uma conquista tá e você falando nisso é ... uma situação negativa que me vem à mente foi que quando né, na minha graduação eu não tive oportunidade de presenciar por exemplo nenhum atendimento em emergência né, eu saí da Faculdade sem vivenciar uma emergência, porque à partir do momento que eu tive em outro hospital, que eu tive uma situação de emergência é ... eu estava totalmente insegura né, e que eu tive é que naquele momento aprender com as pessoas que eram as minhas subordinadas tá, eu tive que vê elas agindo pelo menos assim no primeiro momento, no primeiro dia, na primeira emergência, eu tive que aprender com elas tá, então é pra mim naquele momento me senti péssima tá, mais refletindo, é eu cheguei a conclusão que a gente aprende muito tá, com as pessoas que são subordinadas mesmo tá, a gente aprende muito com cada um deles, cada momento e isso vai ser sempre e que a liderança é, não é um fato que você se impõe também é uma questão de conquistar que pode existir o enfermeiro numa equipe nem sempre ele ser líder tá, e às vezes onde nós estávamos ?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)