

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO**  
**Mestrado em Bioética**

**Sandra Cristina Perez Tavares**

**O ENFERMEIRO NO EXERCÍCIO DE SUAS COMPETÊNCIAS  
GERENCIAIS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA ADMINISTRAÇÃO  
DIRETA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**  
**Análise dos prováveis fatores causadores de vulnerabilidade**

**SÃO PAULO**  
**2010**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**Sandra Cristina Perez Tavares**

**O ENFERMEIRO NO EXERCÍCIO DE SUAS COMPETÊNCIAS  
GERENCIAIS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA ADMINISTRAÇÃO  
DIRETA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**  
**Análise dos prováveis fatores causadores de vulnerabilidade**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciane Lucio Pereira e co-orientação do Prof. Dr. Márcio Fabri dos Anjos, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética.

**SÃO PAULO**

**2010**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Pe. Inocente Radrizzani**

Tavares, Sandra Cristina Perez

O enfermeiro no exercício de suas competências gerenciais em hospitais públicos da administração direta no município de São Paulo: análise dos prováveis fatores causadores de vulnerabilidade / Sandra Cristina Perez Tavares. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010.

77p.

Orientação de Luciane Lúcio Pereira e Márcio Fabri dos Anjos

Dissertação de Mestrado em Bioética, Centro Universitário São Camilo, 2010.

1. Bioética 2. Supervisão de enfermagem 3. Vulnerabilidade I. Pereira, Luciane Lúcio II. Anjos, Marcio Fabri, III. Centro Universitário São Camilo IV. Título.

*Dedicatória*

*Ao meu avô João Farah (in memoriam), que, uma vez, disse:*

*“O Servir ao público não é fácil, é uma honra.”*

*julho de 1985.*

*Aos meus amores eternos, Agostinho, Izabel e Gustavo.*

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Luciane Lucio Pereira, pela orientação e amizade no constante processo de *ser* enfermeiro.

Ao Prof. Dr. Marcio Fabri dos Anjos, pela confiança depositada na nossa parceria, pela paciência, pelo incentivo e contribuições certeiras no trabalho.

À Profa. Dra. Sandra Terezinha Amarante, pela presença brilhante no início desta caminhada científica.

Ao Dr. Irapuã Teixeira, professor e amigo, que me ajudou a compreender os jogos do poder nas relações públicas e privadas.

Ao Prof. Dr. Luis Hernan Contreras Pinochet, que orientou o caminho para as estruturas administrativas.

Às Profas. Dras. Maria Cristina K. B. Massarollo e Ana Cristina Sá, pela orientação segura dando sequência lógica ao trabalho.

Aos professores do Mestrado por nos mostrar o que significa ser Bioeticistas.

Aos enfermeiros Claudia Emilia do Nascimento e José Silvestre Duarte Salazar, pela amizade incondicional e pelo incentivo em começar o mestrado.

A todos os funcionários dos serviços públicos por onde já passei, principalmente Aparecida Buissa, Sueli Rocha e Yolanda Constantino, brilhantes secretárias. Aos enfermeiros, Flávio, Renata, Maria Elisa, Tereza, Dejair, Célia Regina, Maria Madalena, pela disposição natural em ajudar ao próximo me aceitarem como Responsável Técnica, embarcando nos mais audaciosos projetos, enfrentando conflitos e festejando vitórias.

Aos técnicos de plantão: Herold Bossolan, Márcia Romero, Rosana Drigo.

Obrigada!

*“Age de tal maneira que o motivo,  
o princípio que te leve a agir,  
possas tu querer que seja  
uma lei universal.”*

*Immanuel Kant*

TAVARES, Sandra Cristina Perez. **O enfermeiro no exercício de suas competências gerenciais em hospitais públicos da administração direta no município de São Paulo**: análise dos prováveis fatores causadores de vulnerabilidade. 2010. 77p. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2010.

As competências gerenciais, mapeadas pelo Projeto Competências – COREN-SP 2009, de gerentes de enfermagem nos hospitais públicos da Administração Direta no município de São Paulo, foram analisadas a partir da própria reflexão desses enfermeiros. Usando o referencial da Bioética, da administração e do poder nas organizações, estudamos os prováveis fatores causadores de vulnerabilidade desse enfermeiro, gerente no exercício profissional determinado pela Lei 7.498/86, regulamentada pelo decreto 94.406/87. A população pesquisada constituiu-se de 20 enfermeiros gerentes de instituições de internação no município, que responderam pesquisa quali-quantitativa com vistas a caracterizá-los quanto à formação para o cargo e experiência profissional; também utilizamos escalas Likert para avaliar as percepções e impressões em relação às suas condições de trabalho, na instituição pública, proporcionadas pela SES (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo), como a análise do exercício de suas competências gerenciais por meio da identificação das ações norteadoras, que por algum motivo, não são dominadas e podem caracterizar fatores de vulnerabilidade neste exercício profissional, levando, conseqüentemente a danos na assistência de enfermagem prestada aos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde). Os resultados mostram que 100% das gerentes são mulheres, 100% tem especialização e 52% foram designadas no cargo. Em relação as condições de trabalho 64,7% indicaram condições *Suficientemente Satisfatória*, 70,5% tem *Alguns Controles* sobre as Competências Gerenciais mapeadas pelo Coren-SP, enquanto *nenhuma* apontou *Alto Domínio*, principalmente nas áreas de Liderança, Planejamento e Organização dos Serviços de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Bioética. Competências. Enfermagem. Vulnerabilidade.

TAVARES, Sandra Cristina Perez. **Nurses in the exercise of their skills in hospital management of public administration in the municipality Sao Paulo: analysis of likely factors causing vulnerability.** 2010. 77p. Dissertation (Master in Bioethics) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2010.

Managerial competencies for managers of nursing in public hospitals under direct administration in São Paulo, as outlined by the Project Skills COREN-SP-2009, were analyzed through reflection of these nurses. Using the benchmark of Bioethics, administration and power in organizations, we studied the likely factors causing vulnerability among nurse managers in their professional endeavors as established by Law 7.498/86 and regulated by Decree 94.406/87. The research population consisted of 20 nurse managers from city admitting hospitals who agreed to participate in qualitative and quantitative research that would ascertain their training for managerial positions and their professional experience. In addition, we used scale summations and Likert classifications to evaluate their perceptions and impressions in relation to working conditions in public institutions of the SES (Ministry of Health of São Paulo). We also analyzed the managerial competencies performed by these nurses through identification of guiding actions (Projeto Competências Coren-sp) which, if not mastered, can create conditions of vulnerability in their professional practice, leading consequently to a diminished level of care for users of the SUS (Unified Health System). The results show that 100% of managers are women, 100% of them have a broad specialization, and 52% were assigned to the job. Regarding working conditions, 64.7% indicate sufficiently satisfactory working conditions, 70.5% have some control over their management competencies, while none showed high area of managerial skills, especially leadership, planning and organization of nursing work.

**Keywords:** Bioethics. Nursing. Skills. Vulnerability.

## SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
1 INTRODUÇÃO .....	10
1.1 Motivação da Pesquisa .....	10
1.2 Histórico .....	12
1.3 O Poder .....	17
1.4 A Vulnerabilidade .....	20
1.5 As organizações Públicas de Saúde, o Enfermeiro e a Bioética .....	25
1.6 Competências Gerenciais do Enfermeiro .....	33
2 OBJETIVOS .....	36
2.1 Geral.....	36
2.2 Específicos .....	36
3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	37
3.1 Metodologia.....	37
3.2 Campo de Pesquisa .....	40
3.3 População .....	40
3.4 Coleta de Dados.....	41
3.5 Descrição da Coleta .....	42
3.6 Ética em Pesquisa com Seres Humanos .....	43
4 RESULTADOS .....	44
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO .....	52
5.1 Caracterização dos Sujeitos.....	52
5.2 Condições de Trabalho .....	52
5.3 Ações Norteadoras.....	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	63
REFERÊNCIAS .....	66
APÊNDICE .....	74
ANEXOS	

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Motivação da Pesquisa**

Os hospitais da Administração Direta integram a estrutura administrativa da Presidência da República e dos Ministérios. São centros de competência instituídos para o desempenho de funções estatais, por meio de seus agentes. Na esfera federal, estão submetidos à supervisão ministerial (Ministros de Estado), possuindo alguns, capacidade jurídica e processual para defesa de suas prerrogativas funcionais.

A Administração Pública Direta é o conjunto de órgãos públicos diretamente vinculados ao chefe da esfera governamental ao qual se encontram integrados. Estes órgãos públicos não possuem personalidade jurídica própria, patrimônio e autonomia administrativa, tendo suas despesas incluídas no orçamento da referida esfera.

Em outras palavras, como especifica o Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967 (BRASIL, 1967), a Administração Direta é responsável pela gestão dos serviços públicos executados pelas pessoas políticas por meio de um conjunto de órgãos que se encontram integrados na sua estrutura.

Nos hospitais públicos da Administração Direta da secretaria de estado da saúde de São Paulo, onde vivo minha experiência prática há mais de duas décadas, a função gerencial do enfermeiro responsável técnico (doravante RT) é ainda uma questão mesclada por desentendimentos e incompreensões (TREVISAN, 2002; MARCON; POLAK; MEIAER, 2005).

Este pensamento me acompanha desde 1985, quando optei por permanecer no serviço público para melhor compreender os aspectos que compõem nosso desempenho profissional junto aos hospitais, em sua realidade diária.

Ao mesmo tempo em que me dedicava às práticas assistenciais, executando atividades como enfermeira em uma Unidade de Terapia Intensiva, vivenciava as dificuldades encontradas por meus superiores para providenciar

recursos materiais e humanos que garantissem a assistência de que eles, os responsáveis técnicos do momento, necessitavam. Convivi, assim, com improvisações com as quais minha formação tecnicista, muitas vezes, chocava-se e que relutava em aceitar.

Ao longo dos anos, fui convidada para assumir a responsabilidade técnica por vários serviços de enfermagem, função que aceitei desempenhar. Nos hospitais públicos, esta função denomina-se “Diretor de Divisão de Enfermagem”, encontrando-se esta “Divisão de Enfermagem” diretamente ligada ao diretor técnico do Hospital no organograma da secretaria da saúde.

A cada novo diretor técnico nomeado pelo governador, tenta-se conviver com as políticas públicas de saúde do momento para responder às necessidades assistenciais da população atendida pelo hospital.

Conseqüentemente, o responsável técnico de enfermagem segue planejamento e metas estabelecidos pelo diretor técnico, sempre observando o código de ética do enfermeiro, bem como as regras e normas preconizadas ao servidor público.

Com a experiência adquirida, ao observar a deterioração das estruturas de atendimento, da qualidade da assistência, do envelhecimento dos recursos humanos, surgiu a dúvida a respeito da fragilidade que tende a impedir um melhor desempenho profissional: seria esta uma fragilidade do sistema ou da atuação do responsável técnico de enfermagem?

A oportunidade que me foi dada de ser professora, e de, assim, poder buscar por respostas que melhor esclarecessem o problema delineado, surgiu como uma nova etapa em minha trajetória profissional, etapa que, graças às reflexões propiciadas pelo estudo da Bioética<sup>1</sup>, estimulou novas perspectivas, modos de olhar e interpretar o “profissional enfermeiro” e o exercício de suas competências gerenciais, com autonomia ou vulnerabilidade.

---

<sup>1</sup> Van Rensselaer Potter (1911-2001) Oncologista norte americano, cunhou o neologismo *bioethics* (bioética) em 1970. Definiu-a como a ciência da sobrevivência humana. Pedia que pensássemos a bioética como uma nova ética científica, que combina humildade, responsabilidade e competência, numa perspectiva interdisciplinar e intercultural que potencializa o sentido da humanidade (PESSINI, 2007)

## 1.2 Histórico

Entre os séculos V e XIII d.C., o surgimento da enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos ou pessoas marginalizadas da sociedade, deixou como legado uma série de valores e estigmas que foram, aos poucos, legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes a esta profissão. A abnegação, espírito de serviço, obediência e outros atributos conferem à enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio (GEOVANINI et al., 2005).

Os tempos modernos provocam uma gradual transformação nesta concepção de enfermagem. As transformações sociais ocorridas na Europa entre o fim do século XVII e meados do século XIX caracterizaram-se por precárias condições de trabalho nos serviços da enfermagem. Forneciam-se idéias contrárias à preparação profissional, especificamente a de mulheres, para os serviços de saúde: cuidar de doentes ainda era visto como uma ação a ser praticada como obra de caridade, e não para ser remunerada (GRIFFIN; GRIFFIN, 1965).

No entanto, essa transformação cultural trazida pela modernidade fermenta, aos poucos, o próprio ambiente religioso e a sociedade em geral para se descobrir e reconhecer a necessidade de uma aproximação científica, portanto profissional, nos serviços de saúde. Assim, a enfermagem sai da esfera religiosa e ganha configurações profissionais que os diferentes sistemas político-econômicos vão sistematizar. O momento em que Florence Nightingale cria a profissão de enfermagem na Inglaterra coincide com as transformações evidenciadas por Michel Foucault no ambiente hospitalar, estabelecendo-se o vínculo entre o “saber de enfermagem” e o “saber médico”, numa situação de subordinação, se considerarmos que, até o século XVIII, quem dominava o espaço hospitalar eram as irmãs de caridade (PADILHA; MANCIA, 2005; RIZZOTTO, 1999).

Quando o médico percebe que o hospital é um campo de saber e consequente poder, ele assume este espaço, cedido pelas irmãs de caridade passivamente, que continuam, porém, a se fazerem presentes por meio do poder silencioso do cuidar e do domínio do ambiente e das chaves. Florence Nightingale, com seus conhecimentos e crença de que a enfermagem poderia ser uma profissão reconhecida, valorizada e exercida por mulheres de várias classes sociais, propõe, justamente, a retomada deste espaço no sentido de coletivizá-lo (PADILHA; MANCIA, 2005, p.726).

No Brasil, a enfermagem surge como prática empírica no período colonial, simples prestação de cuidados aos doentes realizados por um grupo formado, em sua maioria, por escravos, que, nesta época, trabalhavam nos domicílios. As necessidades de saúde no Brasil e o surgimento de profissionais desta área do conhecimento só foram organizados, com indícios de preocupação pública voltada para nobreza, após a chegada da família real, cerca de 300 anos depois do descobrimento (GEOVANINI et al., 2005; OGUISSO, 2005).

A necessidade de formação de enfermeiros profissionais surge com primeira escola de enfermagem, criada pelo Decreto Federal 791 em 27 de setembro de 1890, junto ao Hospital Nacional dos Alienados do Ministério dos Negócios do Interior, na Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO), Escola Alfredo Pinto. O movimento de formação de enfermeiras no Brasil obteve incentivos, principalmente, do governo federal.

Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) no governo de Epitácio Pessoa (1919-1922), necessitava combater problemas da época, como a tuberculose, a hanseníase, doenças venéreas, entre outras, questões que implicaram trazer uma missão técnica para o desenvolvimento da enfermagem. A formação universitária iniciou-se na capital paulista com a Escola Paulista de Enfermagem, fundada em 1939 pelas Franciscanas Missionárias de Maria, pioneiras da renovação da enfermagem no estado de São Paulo (FERRO et al., 2006; GEOVANINI et al., 2005).

A primeira escola de Enfermagem de padrão científico (Escola Anna Nery) contribuía para a educação e reprodução de um modelo voltado para o cuidado científico de enfermagem, cujas raízes fundamentavam-se predominantemente na atenção ao ambiente e à administração de recursos e pessoal da equipe de enfermagem. Esta formação distanciava-se do paciente, família e necessidades públicas de saúde, para atender à demanda social curativa, com alta tecnologia biomédica (FERRO et al., 2006; RIZZOTTO, 1999).

A denominação “enfermeira padrão”, reconhecida culturalmente pela sociedade como a “chefe de enfermagem”, culminou com a situação de uma profissional sem papel definido, estimulando a criação de outras categorias profissionais de enfermagem para o cuidado direto aos pacientes, criação sustentada pelo discurso de carência de pessoal e instituições formadoras que respondessem à grande demanda do país (OGUISSO, 2005).

As atividades das “enfermeiras padrão”, associadas à sua situação no mundo – constituída, historicamente, pela imagem da mulher submissa – foram condicionadas às necessidades sociais no seu processo de trabalho, o que fez com que os enfermeiros servissem ao modelo biomédico e assumissem funções administrativas.

Por outro lado, as necessidades de desconstrução do modelo curativo no Brasil, que congestionavam os hospitais, aumentavam o número de doenças e propiciava grande problema econômico ao país, originou o 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, realizado em 1979 em Brasília. Neste simpósio, liderado pelos profissionais de saúde, pela primeira vez foi apresentada uma proposta para a reestruturação do Sistema de Saúde em vigor, denominado, então, Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) (FERRO et al., 2006).

O SUDS propunha universalização do direito à saúde, integrando ações preventivas e curativas e com democrática participação da população, considerando-se que, até então, apenas uma parte – pequena – da sociedade tinha direito à saúde. A estrutura de atendimento à atenção primária, secundária e

terciária foi modificada, provocando alterações significativas na organização e condições de trabalho estabelecidas há muitos anos nos serviços públicos (FERRO et al., 2006).

A lacuna no papel do enfermeiro continuava a se acentuar, enfatizando-se o médico como centro das propostas apresentadas até então. Diante deste quadro, as representações da enfermagem iniciaram um movimento com a finalidade de divulgar o descontentamento destes profissionais em relação à situação que se observava.

Os movimentos, intensificados em 1980, exigiam transformações políticas e sociais. Enfermeiros participaram dos movimentos para que seu importante papel fosse reconhecido, promovendo diversos fóruns de debate e engajando-se na luta comprometida com os problemas sociais. Esse movimento por parte dos enfermeiros fez com que as entidades de classe rejeitassem a forma autoritária como vinham sendo encaminhadas as discussões para um novo modelo de saúde, enfatizando, principalmente, a necessidade e a importância das ações preventivas, campo que a enfermagem sempre dominou e para o qual foi trazida para este país (FERRO et al., 2006).

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e a Lei 8.080, de 19 de setembro 1990 (BRASIL, 1990), que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, tendo constituído um marco histórico na organização da saúde pública do Brasil. Atribuiu-se, assim, à direção nacional ao SUS a responsabilidade de elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito da saúde, em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal.

Tais documentos estabeleceram que o processo de planejamento do sistema de saúde deveria ser ascendente, do nível local até o Federal, ouvindo seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades políticas de

saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

As transformações e financiamento deste sistema pelas áreas do governo municipal, estadual e federal estabeleceram, no entanto, outra crise, principalmente na área curativa, tornando ainda mais precária as condições de atendimento à população (SOUZA; MENDES; BARROS, 2008).

As contingências que propiciaram a organização dos serviços públicos de saúde a partir do SUS estabeleceram normas rígidas para o controle financeiro de serviços e material, considerando-se a exploração capitalista de produtos farmacêuticos, de medicina diagnóstica, curativa e das Organizações de Saúde contratadas para atender à demanda durante os modelos anteriores, cujo financiamento era feito pela Previdência Social.

O pagamento dos serviços financiados pelo SUS, embora ficasse muito aquém do que realmente valia, não impediu os hospitais da Administração Direta de atenderem às suas demandas, mesmo se os gastos relativos aos procedimentos efetuados nunca fossem cobertos com os repasses que lhes são feitos. Essa defasagem tende a gerar imensas dívidas, colocando os hospitais em situação cada vez mais perigosa de falta de recursos.

O fato é que os Serviços de Saúde Pública do país adotaram uma burocracia “cega” para o controle financeiro, mais precisamente, uma determinação orçamentária de cada unidade assistencial pela união que desconsidera as necessidades da população e os casos epidemiológicos a serem atendidos.

Em suma, pode-se dizer que as transformações ora apontadas trouxeram inúmeras consequências para os serviços de saúde pública nos âmbitos estaduais e municipais, cujos recursos financeiros passaram a ser mais e mais escassos. Essa escassez deve-se também ao pouco investimento por parte dos governos e prefeitos, que, ainda que recebam verba do SUS, por se integrarem a uma política de saúde constituída por diferentes instâncias, são solicitados a

complementar o financiamento com parte de recursos do estado e município, recursos sempre considerados insuficientes (SOUZA; MENDES; BARROS, 2008).

É neste cenário que, atualmente, o responsável técnico de enfermagem desempenha suas competências gerenciais.

### **1.3 O Poder**

O poder tem inúmeras conotações, mas, aqui, pode ser entendido como o potencial de influência de uma pessoa sobre outra(s), que pode ou não ser exercido e cuja forma de se exercer e se manifestar apresenta variações. Este é capaz de afetar e controlar as decisões e ações de pessoas, ainda que haja resistência por parte de muitos dos envolvidos: é por meio do poder que os conflitos de interesse são, afinal, resolvidos e que também se determina quem consegue o que, quando e como (MORGAN, 1996; WEBER, 2003).

O poder preserva a esfera pública e o espaço da aparência e, como tal, é também princípio essencial ao artifício humano, que perderia sua suprema *raison d'être* se deixasse de ser o palco da ação e do discurso, da teia dos negócios e relações por eles engendradas (ARENDRT, 1981, p.216).

Qualquer organização pública ou privada pode ser vista como uma organização de poder. Organizações manejam recursos e geram opções sociais e econômicas, possuindo influência sobre o destino das pessoas. Quanto maior e mais complexa a organização, maior a quantidade de recursos sobre o seu controle e, portanto, maior o poder.

O poder organizacional representa controle sobre seus ganhos e perdas, e maior influência sobre comportamento alheio e destinos da própria instituição. Esse poder tende a concentrar-se nos níveis hierárquicos mais elevados, sendo cobijado da mesma forma que o poder político. O resultado desta política é uma distribuição de recursos de forma desigual, conforme o peso da força política, e

não as necessidades ou prioridades observadas. Tramas contra a racionalidade são inerentes ao processo decisório, trazendo o conflito de poderes (MOTTA, 2004).

Não se inicia uma organização de saúde sem que o enfermeiro e a equipe de enfermagem não estejam incluídos, até pelo fato de se tratar do maior contingente de pessoal em qualquer instituição (COFEN, 1996). No entanto, em muitas situações nas quais decisões importantes são tomadas, exclui-se a participação destes profissionais em qualquer nível que seja.

Como anteriormente observado, no início da enfermagem moderna, científica, final do século XIX e início do século XX, os enfermeiros passaram a dar mais atenção ao ambiente, acumulando, desta forma uma diversidade de papéis, muitos relacionados à gestão de recursos, que os conduzia a se desligar dos cuidados diretos ao usuário de seus serviços.

Segundo Lopes (1997), neste amplo conjunto de funções, sempre foi concedido aos enfermeiros certo “espaço de poder”, poder que deve ser entendido, na nossa interpretação, como um “pseudo-poder” ou um “poder invisível”, mas não de direito, dado existir sempre alguém para controlar esse mesmo poder, ainda que de forma subjetiva. Por isso, embora o enfermeiro ocupe sempre um papel essencial nas instituições hospitalares, invariavelmente a sua palavra tem lugar de “retaguarda”.

O enfermeiro ao empregar seu tempo numa multiplicidade de tarefas e atividades polivalentes, é constantemente dominado pela sensação de ambivalência, por saber que não está realizando o que lhe compete. Esta realidade desencadeia sentimentos de irritabilidade e frustração com os quais ele necessariamente deve aprender a lidar.

As condições de trabalho de gerentes de enfermagem estão intimamente ligadas à compreensão do desenvolvimento das relações de poder, quer estas possam permitir ou não a negociação em situações de conflito. A capacidade de desenvolver suas competências organizacionais e individuais dependerá de

vários fatores, condicionantes às contingências do processo de trabalho em saúde, altamente complexo (BERTI et al, 2007; JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008).

Considerando-se que, na prática pública, há um distanciamento entre os que tomam decisão (que se encontram em cargos de chefia) e os que devem executar as decisões tomadas, é de se esperar que as decisões nem sempre correspondam às reais necessidades do grupo operacional e dos usuários. Daí os sérios conflitos observados em seu pôr em prática, fato que impede a criatividade e autonomia das ações, resultando no sofrimento de quem recebe o cuidado (CIAMPONE, 1991).

Chiavenato (2006) afirma que a administração pública teve suas bases no modelo burocrático de Weber, em que as relações hierárquicas entre superiores e subordinados são preenchidas, de um lado, por cargos de direção e chefia, de outro, por cargos subalternos, todos claramente definidos de forma que a supervisão, a ordem e a subordinação sejam plenamente assimiladas e realizadas; em que a avaliação e a seleção dos funcionários são feitas em função da competência técnica. Daí a exigência de exames, concursos e diplomas como instrumentos de base à admissão e promoção. O autor relata ainda, no entanto, que nem por isso os poderosos deixaram de usar a máquina do Estado para atender seus interesses.

Tendo em vista as práticas patrimonialistas (rent-seeking ou privatização do Estado – leia-se: usar a máquina administrativa com fins privados, escusos) correntes em nossa cultura, Vargas optou pela adoção de um modelo que pautasse pelo controle minucioso da atividade-meio. Ou seja, para “colocar ordem na casa” buscou referências no modelo idealizado por Weber, acreditando que a burocracia, dado seu caráter rígido e hierarquizado, poderia ordenar a máquina administrativa em nosso País. Está aí, o primeiro modelo estruturado de administração do Brasil. Para facilitar sua implementação, contou com o apoio do DASP, Departamento Administrativo do Setor Público, extinto há pouco tempo atrás sem, infelizmente, ter logrado êxito em sua missão (se a burocracia tivesse funcionado, em tese, as práticas patrimonialistas teriam sido suprimidas, o que parece não ter ocorrido). Nesta época, em virtude da desconfiança total que havia

no servidor público, o modelo burocrático, revelava-se ser o mais adaptado. Com isso, Vargas almejava basicamente três coisas: criar uma estrutura administrativa organizada e uniforme; estabelecer uma política pessoal com base no mérito (motivo pelo qual Joaquim Nabuco foi “convidado”), e acabar com o nepotismo e corrupção existentes (CHIAVENATO, 2006, p.111).

#### 1.4 A Vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade é um termo frequentemente utilizado na literatura geral, aplicado no sentido de desastre e perigo. Deriva do latim, verbo vulnerare, quer dizer “provocar um dano, uma injúria [...]”. (ADAY, 1993 apud NICHATA et al., 2008).

Uma das maneiras de se compreender o conceito visto existirem inúmeras outras formas de se estar vulnerável, relaciona-se a situações diversas vivenciadas pelas pessoas: doenças; segregação política, religiosa, partidária etc., comumente, o termo é empregado quando se observa um contexto no qual as pessoas estão suscetíveis a problemas e danos de saúde, o que os descritores utilizados pela Bireme<sup>2</sup> mostram bem: a vulnerabilidade seria entre outras definições

*“[...] o grau de suscetibilidade ou de risco a que está exposta uma população em sofrer danos por desastres naturais.”*

*“[...] a relação existente entre a intensidade do dano e a magnitude de uma ameaça, evento adverso ou acidente.*

*“[...] a probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por uma ameaça ou risco potencial de desastre”.*

Nichiata et al. (2008) sugere que a vulnerabilidade seja compreendida como a integração de três dimensões:

- a do direito das pessoas,

---

<sup>2</sup> BIREME é um Centro Especializado da OPAS, estabelecido no Brasil desde 1967, em colaboração com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo.

- a do empowerment, que envolve a participação política e institucional destas pessoas,
- e a da política econômica, referente à organização estrutural-histórica da sociedade.

Vemos assim que o conceito de vulnerabilidade, tal como será entendido nessa pesquisa, corresponde a pessoas cujas decisões estão frequentemente sujeitas à coerção e que, por isso mesmo, tem sua possibilidade de escolhas e suas próprias atitudes severamente limitadas. Este quadro de coerção e o trabalho sob pressão dele decorrente, muitas vezes, resultam em um agravamento da saúde dos que nele se encontram.

Ao se adotar a vulnerabilidade como marco conceitual da pesquisa, é importante que esta adoção não se transforme numa reprodução do “status quo”, ou seja, que não sejam acentuados a agressão ou o estado vulnerável observados, pois espera-se produzir conhecimento para a emancipação das pessoas e do grupo. É imprescindível, portanto, que não seja enfatizado o pólo da “debilidade” e que, da mesma forma, se enfatize o pólo da resistência e da capacidade criadora de superação por parte dos indivíduos (NICHATA et al., 2008).

A vulnerabilidade instala-se quando, mesmo em presença do conhecimento dos processos decisórios na assistência de enfermagem, o gerente, por medo da insubordinação hierárquica, abstém-se ou adia a tomada de decisão, expondo o paciente e os profissionais sob sua responsabilidade aos riscos de uma assistência precária.

O estudo dos fatores que podem causar vulnerabilidade das competências gerenciais do trabalho – neste caso específico, do trabalho dos responsáveis técnicos de enfermagem, o que deve ser entendido como “redução da autonomia técnica” – é um problema que expõe ao risco os usuários dos serviços de saúde nos hospitais públicos da Administração Direta do município de São Paulo.

As responsabilidades sobre as decisões e intervenções de caráter institucional imprescindíveis para o responsável técnico de enfermagem devem ter por alicerce princípios éticos como justiça, respeito às pessoas, honestidade, veracidade, sigilo, beneficência e não maleficência, considerando-se que tais princípios são fundamentais para manter a filosofia de trabalho e as metas da organização.

O princípio da beneficência e não maleficência é, em muitos casos, o que justifica a escolha de uma ou outra decisão do gestor. Cada enfermeiro tem a incumbência de agir com a finalidade de propiciar um cuidado equitativo e de qualidade, sem esquecer que ele sempre será enfermeiro, atendendo à fragilidade da pessoa, com destaque para o respeito de Si, do Outro, de cada um, o que exige, de sua parte, visão prospectiva e cuidado na ação (COFEN, 2001; NUNES, 2004).

Para Fabri dos Anjos (2005), não é possível falar de autonomia sem considerar a vulnerabilidade. Uma vez que se conhecem os prováveis fatores causadores de vulnerabilidade no desempenho das competências gerenciais, poderemos refletir sobre as estratégias de intervenção e, talvez, empoderar esta atuação.

Para Hossne (2009), vulnerabilidade é um referencial extremamente importante na bioética e independente de autonomia, de justiça e de outros referenciais, apesar de estar com eles envolvidos.

Empoderamento implica conquista, avanço e superação adequados, em suma, um processo de reflexão e tomada de consciência quanto à condição atual destes responsáveis técnicos, bem como uma clara formulação das mudanças desejadas e da condição a ser construída (SCHIAVO; MOREIRA, 2005).

Oriundo do termo *empowerment*, o conceito encontra em Araújo e Souza (2001) uma explicação que permite melhor entender o que está em jogo nas condições de trabalho dos responsáveis técnicos: “*empoderamento* ou “*delegação de poder*”, pode ser mais bem definido como uma maneira de fazer fluir o poder

que existe nas pessoas; aflorar os valores de cada ser humano; seus conhecimentos, suas motivações e suas habilidades.

O não-empoderamento do responsável técnico de organizações de saúde hospitalares, no que tange às decisões, pode promover a vulnerabilidade do enfermeiro no exercício de suas competências gerenciais frente às condições adversas que o sistema burocrático possa impor.

Pessoas vulneráveis podem desenvolver doenças no decorrer de sua vida devido ao stress, encontrando, conseqüentemente, grandes dificuldades para enfrentar os conflitos do dia a dia. Tal situação pode levar ao erro, sendo este danoso para o processo decisório (CARNA, 2005). Pode-se ainda apontar os riscos oriundos de um desempenho inadequado de suas competências, o que pode causar dano e prejuízo ao usuário do sistema de saúde (BERTI et al., 2007; NICHIATA et al., 2008).

O enfoque bioético da vulnerabilidade busca trazer reflexões sobre a exploração do outro, que é moralmente errada, nas diferentes situações de vida, evidenciando o respeito à liberdade e à individualidade dos cidadãos.

O princípio da vulnerabilidade interpela diretamente o enfermeiro que, como responsável técnico pela assistência, deve estabelecer relações simétricas com os usuários do sistema. Sua principal função é proteger e zelar por todos os cidadãos, igualmente (ZOBOLI, 2007).

A vulnerabilidade manifesta a relação assimétrica entre o fraco e o forte. Nesse contexto, demanda um engajamento eticamente adequado, em que o poderoso proteja o fraco. Esperar-se-ia, portanto, que o alto escalão hierárquico do hospital protegesse os níveis intermediários e operacionais para que os serviços funcionassem, sem sofrer ameaças no desenvolvimento de suas competências (BERTI et al., 2007; RENDTORFF, 2000), o que comumente não se observa.

As organizações de saúde, por outro lado, deveriam responder à sua função política, visto ser seu objetivo maior servir à população e garantir os seus serviços para todos, e não à “politicagem”, corroborando com interesses individuais ou corporativos (PIRES, 1998). Com a inversão de valores, nota-se que a vulnerabilidade do enfermeiro no exercício de suas competências gerenciais pode estar condicionada à submissão dos interesses da população ou da comunidade atendida aos interesses desta ou aquela política de governo, para falar de um modo amplo.

Pelo que foi acima descrito, fica evidente que a situação de vulnerabilidade do enfermeiro, em organizações hospitalares, é um problema (BERTI et al., 2007). O responsável técnico de enfermagem deveria garantir à equipe de enfermagem condições de trabalho adequadas para o atendimento ao cliente, se considerarmos ser operacionalmente o profissional técnico que atende e conhece as necessidades dos usuários.

Porém, Berti et al. (2007), em seus estudos, demonstram condicionantes que interferem diretamente nestas condições de trabalho, tais como a desorganização estrutural, mudanças políticas, quantificação e qualificação de pessoal inadequado, recursos materiais e equipamentos em número e qualidade insatisfatórios para a assistência, entre outros, dos quais o mais conflitante é o relacionado com a estrutura básica de funcionamento da instituição<sup>3</sup>.

A postura burocrática adotada pelos gestores nos hospitais públicos da Administração Direta, frente aos conflitos oriundos das mais variadas formas organizacionais adotadas pelos dirigentes políticos e a necessidade de atendê-las, pode resultar na dificuldade do enfermeiro responsável técnico em exercer suas competências gerenciais.

---

<sup>3</sup> Entendendo-se como “estrutura básica” a preconizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da saúde (ANVISA, 2002).

## 1.5 As Organizações Públicas de Saúde, o Enfermeiro e a Bioética.

A bioética de proteção considera que o governo tem o compromisso de proteger todos os membros da sociedade, diante de qualquer intervenção que não seja estável, independente da estrutura de Estado, a consciência da vulnerabilidade enquanto condição humana, e que a filosofia e a política propostas às sociedades devem garantir a proteção de seus cidadãos contra a violência, pobreza e quaisquer tipos de violação aos direitos humanos[...].( SCHRAMM et al.,2005 apud ROSA, 2006).

As organizações de saúde foram moldadas pelas crenças e valores dos que as constituíram (fundadores ou dirigentes). A cultura organizacional é a soma de valores, linguagem, história, relações formais e informais determinadas pelas relações e que resulta no estabelecimento das formas de pensamento, comportamentos e crenças dos participantes deste contexto, corroborando com as condições de manutenção do alto custo para a saúde curativa, sob a égide das modernas tecnologias (MINTZBERG; QUINN, 2006; SOUZA; MENDES; BARROS, 2008).

As normas, manuais técnicos ou protocolos, contingências capazes de interferir positiva ou negativamente no planejamento, organização, execução e controle das ações, nem sempre apropriadas para o usuário de saúde, foram situações pelas quais as várias organizações de saúde passaram para que se exercessem as funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores, controle e avaliação dos serviços (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008; SOUZA; MENDES; BARROS, 2008).

A administração pública estadual (Secretaria Estadual da Saúde) deve, então, considerar as capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício de tais funções. Deve ainda garantir aos cidadãos acesso a todos os serviços envolvidos na resolução dos problemas de saúde com otimização dos recursos disponíveis (SOUZA; MENDES; BARROS, 2008).

No entanto, os Responsáveis Técnicos de enfermagem nos hospitais públicos do estado estão administrativamente e tecnicamente subordinados ao

Diretor do Hospital, que o tem em cargo de confiança e que, por essa razão, pode dispor do cargo a qualquer momento (COSTA; RIBEIRO; SILVA, 2000; DISTRITO FEDERAL, [s.d.]).

A indicação de cargos de chefia corrobora com o modelo burocrático, em que a autoridade e o poder tornam-se um problema. Esse problema decorre do fato de determinados profissionais ocuparem cargos de diretores ou administradores de hospitais, independentemente de sua competência gerencial, estimulando condições de submissão à hierarquia e, conseqüentemente, situações de fragilidade de outros profissionais face a tal submissão, bem como estados de corporativismo relacionados aos interesses de sua categoria profissional (BERTI et al., 2007; NUNES, 2006; RENDTORFF, 2000; ZOBOLI, 2007).

O modelo histórico de Vargas repete-se no SUS e, embora seus princípios privilegiassem a atenção primária, os gestores, ao longo de décadas, deram continuidade aos interesses do modelo curativo. Os recursos orçamentários despendidos para o pagamento de tratamentos de alto custo da iniciativa privada, assim como para a compra de equipamentos caros, continuaram predominando, condicionando os serviços de atenção básica ao sucateamento.

O alto custo da assistência curativa e sua crescente necessidade por parte da população geram grandes distúrbios na atualidade. A assistência médica garantida pela Constituição Federal e pelo SUS não encontra efetividade fática pelos órgãos competentes. As adaptações constantes, pela falta de recursos, provocam conflitos contínuos nas decisões a serem tomadas no processo de trabalho em saúde (SOUZA; MENDES; BARROS, 2008).

A globalização, por outro lado, exige gestão eficiente tanto dos serviços privados, quanto dos públicos. Portanto, torna-se um desafio o trabalho dos profissionais da saúde. Os direitos dos pacientes, o respeito às suas necessidades humanas básicas e a priorização de seu atendimento em situação de doença, contrapõem-se aos recursos oferecidos pelas políticas sociais públicas no Brasil.

O primeiro grande desafio do administrador de hoje é, apesar da necessidade de especialização, fazer um esforço de síntese e compreensão do fenômeno organizacional através da visão da empresa como um todo, constituída de partes que se relacionam e de variáveis que influenciam umas nas outras.

O segundo grande desafio do administrador é lidar com a tensão entre indivíduo e organização e com questões de liberdade, felicidade e ética. Para isso, é necessário compreender as racionalidades próprias de cada um e entender que estas diferentes razões impreterivelmente precisam conviver na organização (CARVALHO; ESCRIVÃO FILHO, 2003, p.8).

O dilema ético na humanização das políticas públicas é situação conflitante, considerando-se que, no Brasil, existe uma legislação de vocação universalista, ou a “Lei Orgânica de Saúde”, que, em seu artigo 7, define as diretrizes do SUS, juntamente com a descentralização político-administrativa.

Observam-se, assim, os princípios de universalização de acesso, integralidade e igualdade da assistência, ao mesmo tempo em que se contrapõe à orientação de utilização de dados epidemiológicos para priorizar alocações de recursos.

A Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) define em seu artigo 196 “[...] a saúde como um direito de todos e dever do Estado.”, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Porém, verifica-se na prática que este princípio é dificilmente compatível com o estabelecimento de prioridades técnicas, dado o conflito com a alta gerência dos serviços públicos que atendem esta área.

A competência do Estado consiste na atividade que diz respeito aos assuntos e às pessoas sobre as quais ele exerce o seu poder político, que é variável no tempo e no espaço, ao passo que sua finalidade precípua é que o bem público seja sempre o mesmo (AZAMBUJA, 1984).

Na esfera pública e privada, a rigidez, às vezes até “cega” de normas e da hierarquia, dificulta o desenvolvimento de ações que validem os valores individuais, profissionais e a consciência de cidadania, constituindo-se em

violência moral contra os subordinados, frente ao não empoderamento para enfrentar os conflitos do cotidiano.

A violência é capaz de destruir o poder com mais facilidade do que a força, causando impotência e privação da capacidade humana de agir e falar em conjunto (ARENDR, 1981).

A crescente violência nos tempos atuais representa exatamente um terceiro antológico cenário da fragilidade e vulnerabilidade do poder. Sua face contundente se mostra nas atuais guerras, no terrorismo e ações armadas: nas disputas de poder que travam entre si potências econômicas e políticas e nas competições de mercado e não menos agressiva também nas iniquidades estruturadas em sistemas sociais. A violência espelha a insegurança do poder, pois o poder inseguro, quanto mais forte, mais se cerca de medo e de agressividade. O ethos cultural contemporâneo, entusiasmado com o poder, pretende esquecer a própria condição humana de vulnerabilidade. O preço que se paga é não saber lidar com ela. É neste contexto sócio-cultural contemporâneo que a vulnerabilidade merece uma particular atenção da Bioética. (ANJOS, 2006, p.176-177).

As organizações públicas no Brasil sofrem a influência de correntes políticas que mudam a partir de interesses de governantes da situação. A exposição de usuários de saúde a condições que ferem sua dignidade como seres humanos em seus direitos fundamentais é assunto de grande preocupação de gerentes de enfermagem neste contexto.

A situação dos serviços de saúde do país só vem atestando, desde 1988, a escassez de recursos básicos para o atendimento curativo, inclusive no que se refere ao número de profissionais de saúde e, principalmente, de enfermeiros. Na administração pública, as decisões do gestor, em Saúde Pública, são delineadas pela estrutura organizacional linear burocrática, cujos desenhos foram reproduzidos uniformemente, independentemente das realidades às quais pertenciam (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006; CIANCIARULLO, 2007; COHN, 1999).

As políticas públicas direcionadas para o atendimento à saúde primária, por outro lado, sofreram mudanças expressivas com resultados muito positivos do ponto de vista epidemiológico. Ações simples voltadas para a atenção básica, cujo grande impulso se deu a partir da estruturação do Programa de Saúde da Família (PSF), mostraram que as maiores necessidades do país foram atendidas (OHARA; OHARA; SALTO, 2008; WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A cultura da prevenção de doenças e promoção da saúde demonstra, em números, a importância da enfermeira no modelo PSF. No entanto, a diferença de políticas públicas direcionadas para as organizações hospitalares, não privilegiadas e equalizadas neste modelo, fez com que estas passassem por dificuldades, evidenciadas no atendimento às altas demandas de pacientes.

A gestão correta e justa, o compartilhamento das decisões e a liderança democrática são de grande valor para o enfermeiro e equipe de enfermagem, o que, certamente, pode refletir na facilidade de relacionamento destes profissionais com os usuários do serviço de saúde. A consequência desse modo de gestão é a qualidade da assistência prestada, já que, sem uma liderança democrática e o respeito a determinados princípios, problemas relacionados à assistência na saúde e à insatisfação dos usuários são constantemente observados.

Kwasnicka (1995) observa que administradores podem mudar a estrutura organizacional de forma rápida ou lenta, conforme o que as condições hierárquicas venham a garantir.

Cabe ressaltar que as decisões relativas à estrutura propriamente dita e os métodos de mudança levam em consideração o processo de decisão, comunicação, potencial de crescimento e muitos outros elementos.

O conceito de “organização” é, portanto, melhor definido como a estrutura ou a rede de relações entre indivíduos, as posições verificadas em um ambiente de trabalho e o processo pelo qual a estrutura é criada, mantida e usada.

Esta definição traz dois aspectos inter-relacionados: estrutura e processo: a estrutura consiste em uma rede de relacionamento específico entre indivíduos,

posições e tarefas, sendo esta uma visão estática; o processo, que é a visão dinâmica, refere-se às funções gerenciais pelas quais as organizações são criadas, adaptadas e mudadas continuamente.

Ambos os aspectos são importantes. A estrutura nos ajuda a observar e classificar os principais aspectos da anatomia organizacional e a compará-los com outras organizações. O processo enfoca as ações administrativas que criam e mudam a estrutura.

As grandes descobertas científicas sobre as doenças; o crescimento da população, principalmente a urbana; os problemas descontrolados pelas más condições de trabalho e vida das pessoas, assim como a hegemonia do saber e poder de determinadas profissões de saúde, principalmente a medicina sobre as outras, fez com que houvesse a fragmentação do cuidado à saúde humana. Isso provocou um ciclo vicioso e desenfreado das necessidades sociais de atendimento às doenças, que cresceram, também, de forma desenfreada e sem boas perspectivas de solução, após mais de um século de instauração do modelo capitalista de produção.

O hospital foi a representação do modelo curativo que mais cresceu e se consolidou. Leopardi (1999) afirma que, na medida em que se intensificou o uso de equipamentos tecnológicos no trabalho assistencial, houve a ineficiência do estado em controlar as condições de saúde da população.

A organização do processo de trabalho em enfermagem deveria se dar no âmbito do cuidado, a partir do conceito desta ciência, que tem por função exclusiva do profissional de enfermagem a de auxiliar o indivíduo, enfermo ou sadio, na realização das atividades que contribuam para a saúde, para a sua recuperação ou para a morte serena (HENDERSON, 1962).

Considerando-se as dicotomias existentes desta realidade, é a bioética que deve destacar “a saúde não dependente unicamente dos desenvolvimentos decorrentes das pesquisas científicas e tecnológicas, mas também de fatores psicossociais e culturais” e “as decisões sobre questões éticas na medicina,

ciências da vida e tecnologias associadas com impacto sobre indivíduos, famílias, grupos ou comunidade e sobre a humanidade como um todo.” (ANJOS, 2005).

Os conflitos decorrentes da avaliação de aspectos referentes à estrutura, ao processo e aos resultados dos serviços prestados aos usuários – quadro conceitual exposto no referencial de qualidade de Donabedian (1980) e empregado por Berti et al. (2007), sob a ótica da identificação de prováveis fatores de vulnerabilidade de condições de trabalho, bem como do domínio das ações de enfermagem possíveis nestes locais, foram objetos de análise neste estudo.

A equipe de enfermagem é a que está mais próxima das necessidades humanas básicas dos indivíduos atendidos pelo SUS. Considerando-se a sistematização do cuidar, sua necessidade de interdependência com os demais profissionais da área da saúde e suas funções como o centro das informações neste processo, esta tarefa pode ser considerada como difícil e árdua.

Nunes (2004) utilizando referenciais teóricos de Ricoeur e Arendt, para os referenciais da justiça, poder e responsabilidade, Rawls para a perspectiva junto às instituições, Jonas para o princípio da responsabilidade e Habermas na ética do discurso, e aplicando-os ao papel efetivo das competências do enfermeiro, evidencia as necessidades de autonomia, beneficência, justiça, respeito à liberdade, poder, responsabilidade e valorização da vida como fundamentais dessa profissão. Essas necessidades entram em conflito com os vários contextos gerenciais que sofrem com o poder do capitalismo, inclusive nos serviços públicos.

A ética profissional, normas e códigos são indispensáveis à prática, e não se reduz à ética hipocrática dos deveres e conduta absoluta. Agrega valores morais, princípios, virtudes e cuidados. Temos então a necessidade de agregar de forma crítica imparcial, à luz da bioética, o conflito, a fim de ajudar a analisá-lo e resolvê-lo, legitimando ou criticando a atuação do profissional enfermeiro responsável técnico por estas decisões.

O processo decisório exige conhecimento, habilidades e atitudes coerentes com a situação. Chiavenato (2004) afirma que o gerente não deve fazer uso de decisões individuais, uma vez que o indivíduo, como processador de informações, tem seu comportamento fundamentado mais em suas percepções do que em fatos objetivos e concretos.

A bioética faz a reflexão teórica sobre os princípios e os valores em jogo preocupam-se com as teorias morais, com a reflexão sobre a interdisciplinaridade. Refere-se aos conflitos de valores e preocupa-se com a hierarquia destes valores. A bioética também inclui, eventualmente, as críticas das estruturas e das legislações (DURAND, 2007).

A bioética permite compreender se, de fato, as decisões do Estado alicerçado na distribuição, com justiça e igualdade dos recursos, protegem o mais simples e frágil; permite ainda compreender como os responsáveis técnicos de enfermagem de hospitais públicos da Administração Direta utilizam os preceitos éticos e legais (BRASIL, 1986).

Ciampone (1991) afirma que, no processo decisório, o enfermeiro precisa ter conhecimento, habilidades, atitudes coerentes, precisas e imparciais para que a tomada de decisão venha ao encontro de seus valores pessoais e éticos e, ao mesmo tempo, atenda aos objetivos e metas da organização. Essa tomada de decisões deve ser coerente com a filosofia de trabalho de desenvolvimento de pessoal, com o estilo de liderança adotado e com o comprometimento do profissional com a profissão e com o seu grupo de trabalho.

É importante observar que a bioética evidencia ainda a obrigatoriedade, na escolha entre uma decisão de grupo ou individual do enfermeiro, de não se perder de vista os direitos dos pacientes e as necessidades de humanização da atenção à saúde, tratada a partir dos anos 90 com políticas públicas (BRASIL, 2006).

## 1.6 Competências Gerenciais do Enfermeiro

Há uma responsabilidade ética inerente a cada um, balizada por uma competência ética mínima (DURAND, 2007, p16).

A Lei 7.498/86 (BRASIL, 1986), regulamentada pelo decreto 94.406/87 COREN-SP, legitima a atividade do enfermeiro e suas responsabilidades técnicas. O enfermeiro possui competências legais, privativas e indelegáveis.

O Responsável Técnico de enfermagem deve controlar e acompanhar os trabalhos sob sua responsabilidade durante todo o período de funcionamento do serviço de enfermagem da instituição a que pertence. Suas ações devem ser documentadas e suas determinações devem ser feitas por escrito e protocoladas (COFEN, 2005; COREN, 1999).

Em 2007, o conselho regional de enfermagem de São Paulo, com o objetivo de contribuir com o desenvolvimento das competências dos enfermeiros responsáveis técnicos de São Paulo, encaminhou a 9.475 responsáveis técnicos de enfermagem do estado de São Paulo a pergunta: “Quais as competências necessárias ao responsável técnico no desempenho de suas funções?”

Os dados que retornaram com 10,2% dos questionários válidos foram separados por categorias e as sugestões, submetidas à consulta pública, mapeadas, resultando na consolidação de onze competências gerenciais (COREN, 2009).

Para cada competência mapeada, existe um grupo de ações norteadoras (ANEXO A) a ação realizada confirma, portanto, a existência da competência gerencial do responsável técnico de enfermagem, conforme mostra o Quadro 1.

1. Liderança	Capacidade de influenciar pessoas, de forma a atingir ou superar os objetivos propostos pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diversidades.
2. Comunicação	Capacidade de usar o processo pelo qual ocorre à interação no compartilhamento de informações, conhecimento, experiências, idéias e emoções expressa de maneira verbal, não verbal e para-verbal.
3. Tomada de Decisão	Capacidade de desenvolver um processo de escolha da melhor alternativa dentre as existentes para as soluções adequadas das situações e condições surgidas no dia a dia de trabalho, baseada em conhecimentos e práticas, e considerando limites e riscos.
4. Negociação	Capacidade de alcançar os resultados desejados nas relações entre as partes, com o uso da premissa do consenso e do conhecimento dos fatos, permeados pelos preceitos éticos, legais e técnicos científicos.
5. Trabalho em equipe	Capacidade de desenvolver a habilidade de interagir com um grupo de pessoas, articulando ações para alcançar objetivos comuns, respeitando os limites, necessidades e diferenças individuais.
6. Relacionamento Interpessoal	Capacidade de agregar e interagir com pessoas de forma cordial, empática e profissional, proporcionando ambiente favorável ao desenvolvimento das atividades.
7. Flexibilidade	Capacidade de se adaptar a mudanças, ser receptivo a críticas e sugestões, rever conceitos, mantendo o foco nos objetivos institucionais e preservando seus valores profissionais.
8. Empreendedorismo	Capacidade de desenvolver habilidades para agir e aproveitar oportunidades de negócios, inventar e melhorar processos, de forma isolada ou na empresa em que trabalha.
9. Criatividade	Capacidade de desenvolver idéias inovadoras na agregação de valor ao negocio, transformando-as em ações facilitadoras das atividades cotidianas.
10. Visão Sistêmica	Capacidade de compreender a instituição como um todo e a relação existente entre as partes que a compõe.
11. Planejamento e Organização	Capacidade de planejar, organizar e priorizar atividades a serem desenvolvidas, nos âmbitos estratégicos, tático e operacional da instituição, conduzindo as ações de modo a favorecer a comunidade dos processos de trabalho da equipe.

### **Quadro 1 - Competências gerenciais do responsável técnico de enfermagem.**

Fonte: COREN, 2009.

O Nursing Leadership Institute, em 2003 (THE NURSING LEADERSHIP INSTITUTE, 2003) estabeleceu um modelo de competências para o enfermeiro gestor, foram identificadas seis competências: poder pessoal, efetividade interpessoal, gestão financeira, gestão de recursos humanos, cuidados com o staff, com os pacientes e consigo mesmo, pensamento sistematizado e como atributos adicionais destaca o otimismo e a resiliência (CUNHA; XIMENES NETO, 2006).

Competência é o resultado da multiplicação entre conhecimentos (saber, know how da atividade, atualização constante, aprendizagem contínua), habilidade (saber fazer, utilizar o conhecimento, visão individual e diferenciada, saber pensar e agregar valor) e atitudes (características pessoais, modo de pensar, agir, postura, valores éticos e morais), que distinguem profissionais de alto desempenho e os diferencia dos demais. Competência não se resume a tudo aquilo que o funcionário faz no trabalho, sendo estabelecidas pela criação de um diferencial no desempenho deste trabalho (MARX, 2006, p. 28).

Considerando-se que a essência da competência de um profissional é: “[...] a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho.” (BRASIL, 1999, art.16), expressar juízo de valor a respeito de sua área de conhecimento, estudar os fatores que podem comprometer este papel gerencial pode representar grande avanço para a profissão do enfermeiro.

O legado histórico de saúde no Brasil, as condições de trabalho da enfermeira, somados à burocracia podem resultar em vulnerabilidade no desempenho das ações gerenciais do enfermeiro-responsável técnico nos hospitais da administração direta do município de São Paulo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar, à luz da bioética, os prováveis fatores causadores da vulnerabilidade do enfermeiro no desempenho de suas competências gerenciais, nos hospitais públicos da Administração Direta do município de São Paulo.

### **2.2 Específicos**

Caracterizar os enfermeiros responsáveis técnicos quanto à formação para o cargo e experiência profissional;

Levantar as impressões dos responsáveis técnicos de enfermagem em relação às suas condições de trabalho;

Analisar o exercício das competências gerenciais por meio da identificação das ações norteadoras que não se verificam no seu local de trabalho e que podem causar vulnerabilidade no exercício profissional.

### 3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

#### 3.1 Metodologia

A metodologia utilizada foi a quali-quantitativa, com a técnica descritiva e exploratória por meio da avaliação de afirmações relacionadas com o objeto pesquisado, que representam várias assertivas sobre o assunto. Segundo Cervo e Bervian (2002), pesquisa de opinião detectam atitudes, ponto de vista e preferências em relação ao objeto da pesquisa.

A escolha desta abordagem metodológica justifica-se por considerarmos que ela permite uma aproximação do objeto de estudo, possibilitando a análise dos aspectos singulares e específicos de cada realidade de trabalho apontados, no contexto em que cada sujeito está inserido para o exercício de suas competências gerenciais.

[...] a flexibilidade da conduta humana, a variedade dos valores culturais e das condições históricas, unidas ao fato de que na pesquisa social o investigador é um ator que contribui com suas peculiaridades (concepção do mundo, teorias, valores, etc.), não permitirão elaborar um conjunto de conclusões frente à determinada realidade com o nível de objetividade que apresenta um estudo realizado no mundo natural. (TRIVIÑOS, 1987, p. 38).

Estudos descritivos descrevem fatos e fenômenos de determinada realidade, estabelecendo relações entre variáveis - correlacionando e descrevendo. A relação entre teoria e métodos originou-se da coleta de dados, que indicou, por meio de conceitos evidenciados por outros vários autores sobre as condições de trabalho do enfermeiro e que apreendem os aspectos objetivos e subjetivos do fenômeno estudado, as ações possíveis no ambiente no qual o sujeito está inserido.

As estruturas teóricas para estudos de enfermagem ou vêm do conhecimento desenvolvido basicamente em outras disciplinas, emprestado com o objetivo de responder a perguntas de enfermagem, tais como sociologia ou psicologia, ou são derivados das teorias de enfermagem.

Neste estudo, exploramos os fatores que podem gerar vulnerabilidade do responsável técnico de enfermagem frente às condições de trabalho oferecidas pelos hospitais públicos da Administração Direta da Secretaria da Saúde do estado de São Paulo, no município de São Paulo, quando este aponta o grau de satisfação ao vivenciá-la e a falta de domínio da ação necessária.

Os instrumentos foram construídos em forma de Escalas Classificatórias Somatórias de múltipla escolha e resposta única, com cinco posicionamentos possíveis, porém únicos (APÊNDICE A).

As competências gerenciais mapeadas no Projeto Competências , pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo e o estudo de Berti, 2007 foram testados em 2 (dois) projetos *pilotos* com enfermeiros de hospitais (4), e com 2 (dois) enfermeiros, professores de enfermagem, de duas universidades privadas, que supervisionavam estágio curricular de administração em enfermagem nos hospitais públicos da administração direta, e que não exerciam cargo de RT de enfermagem nestas instituições.

As escalas “Likert”<sup>4</sup> foram então adaptadas e construídas com as indicações e correções da compreensão destes enfermeiros, que responderam aos *Pilotos* e após análise e reflexões da pesquisa de Berti et al., que estudou as declarações de enfermeiros que, ao se moverem entre o desejo e a prática da beneficência, ficam vulneráveis.

Esta técnica baseia-se na premissa de que a atitude geral remete às crenças sobre o objeto da atitude, à força que mantém essas crenças e aos valores ligados ao objeto.

Nestas escalas, os sujeitos da pesquisa apontam o grau de satisfação em relação às situações descritas, atribuindo um número a cada resposta, que reflete a direção da atitude daquele que responde sobre cada afirmação.

---

<sup>4</sup> Rensis Likert (1903 - 1981) - professor de sociologia e psicologia e diretor do Instituto de Pesquisas Sociais de Michigan. Desenvolveu estudos sobre estilos de liderança e gerência, dedicando-se à realização de experiências e à análise de informações obtidas em experimentos de outros estudiosos, na tentativa de relacionar o sucesso alcançado por determinadas organizações com o sistema de liderança e a política de gestão de pessoas por elas adotada.

O conceito de atitude, complexo e de difícil definição, tem sido objeto da atenção de muitos investigadores em Psicologia e em Ciências da Educação, que, de forma mais ou menos consensual, consideram que a atitude pode ser definida como “uma emoção moderadamente intensa que predispõe um sujeito a responder consistentemente de forma favorável ou desfavorável quando confrontado com um determinado objeto, idéia ou situação. (ANDERSON, 1988, p 423).

A forma prevalente para a medição de atitudes, opiniões e outras variáveis em que o indivíduo responde escolhendo a sua posição num contínuo, passa por fornecer aos sujeitos da investigação uma lista de frases ou de adjetivos e solicitar que respondam a cada uma dessas frases/adjetivos de acordo com os seus verdadeiros sentimentos/opiniões/ expectativas. A essas listas costuma-se chamar **escalas**.

As escalas devem ser usadas quando o investigador tem como objetivo obter respostas que possam ser comparáveis umas com as outras (ALRECK; SETTLE, 1995).

A somatória das pontuações obtidas para cada afirmação foi dada pela pontuação total da atitude de cada sujeito.

São escalas confiáveis e simples que permitem obter informações sobre a opinião dos sujeitos. Neste tipo de instrumento, o sujeito responde por escala de satisfação sobre as condições de trabalho e o grau de domínio das ações norteadoras para suas competências gerenciais.

Para cada sujeito, foi feito um escore final computando suas respostas numa escala de 1 (um) a 5 (cinco) respectivamente.

A maior pontuação possível foi a multiplicação do maior número utilizado (por exemplo, 5) pelo número de respostas, e a menor pontuação foi a multiplicação do menor número utilizado (por exemplo, 1) pelo número de respostas desfavoráveis.

A pontuação individual foi comparada com a pontuação mínima e máxima, indicando a atitude da Responsável Técnico (RT) em relação as suas condições de trabalho, o que permitiu analisar os fatores que podem causar a

vulnerabilidade no desempenho de suas competências gerenciais pelo grau de domínio das ações norteadoras, nas condições de trabalho existentes nas instituições em que respondem tecnicamente (POLIT et al., 2004; GERI; HABER, 2001).

As propostas de competências gerenciais descritas pelo COREN-SP (ANEXO A), separadas por 66 ações norteadoras, após estudo e análise, nos conduziu a utilizarmos 40 ações que, resumidas, contemplaram o objetivo do estudo, resultando na elaboração do instrumento III (APÊNDICE A).

Decidimos por indagar sobre as ações norteadoras, evitando a exposição direta em questionar as competências mapeadas, o que poderia de alguma forma, conduzir ou constranger os sujeitos.

Das respostas, evidenciamos os prováveis fatores que impedem a prática deste profissional e que, dado esse impedimento de exercer as suas funções, o coloca em posição vulnerável para garantir a necessária assistência de enfermagem, ficando, conseqüentemente, impedido de desenvolver suas competências gerenciais.

### **3.2 Campo de Pesquisa**

A coleta de dados foi realizada em 20 hospitais públicos da Administração Direta da Secretaria de Estado da Saúde, no município de São Paulo. A definição do campo iniciou-se com a identificação das instituições prestadoras de serviço de saúde pública de internação na cidade de São Paulo (ANEXO B).

Para a realização da pesquisa, solicitamos e foi concedido autorização do Coordenador de Saúde em exercício na Secretaria de Saúde de São Paulo.

### **3.3 População**

Os sujeitos deste estudo são 20 enfermeiros, responsáveis técnicos pelos serviços de enfermagem dos hospitais públicos da Administração Direta no

município de São Paulo. Após autorização por parte da Secretaria de Estado da Saúde e do Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário São Camilo, iniciou-se a coleta de dados.

Os responsáveis técnicos de enfermagem dos hospitais públicos da Administração Direta são designados, nomeados ou convidados ao cargo, através da Lei Complementar Nº 180, de 12 de maio de 1978 (SÃO PAULO, 1978).

A partir da publicação em diário oficial do estado de São Paulo, os enfermeiros passam a ser denominados Diretor de Divisão de Enfermagem e a responder tecnicamente pelos serviços e gerenciamento de enfermagem no hospital.

Os critérios de inclusão nesta pesquisa foram o de enfermeiros que exercem o cargo de responsável técnico do serviço de enfermagem e que dela aceitaram participar.

O critério de exclusão foi o de sujeitos em transição de cargo, licenciados ou afastados.

### **3.4 Coleta de Dados**

O agendamento das entrevistas foi de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. Para a realização das entrevistas, criou-se um roteiro de questões semi-estruturadas, que incluiu a assinatura do termo de consentimento livre e informações sobre a identificação das características profissionais deste enfermeiro, as condições de trabalho percebidas por ele, e as ações norteadoras do exercício profissional do enfermeiro possíveis no seu ambiente de trabalho.

O instrumento utilizado na coleta de dados constituiu-se de:

1. Questionário, com 10 (dez) perguntas estruturadas e semi-estruturadas quanto aos dados pessoais e profissionais.
2. Quadro abordando as condições de trabalho dos Responsáveis Técnico.
3. Quadro com ações norteadoras das competências gerenciais do enfermeiro descritas pelo COREN-SP.

Optou-se por iniciar a abordagem por contato telefônico, marcando data para a entrevista. No dia da visita, foi dada a opção de responder ou não imediatamente aos instrumentos.

Apenas 01 (um) não pôde participar, pois durante o decorrer da pesquisa deixou de pertencer à Administração Direta do Estado de São Paulo.

### **3.5 Descrição da Coleta**

O objetivo da pesquisa, de participação voluntária, foi exposto previamente aos sujeitos da pesquisa por telefone, assim como lhes foi assegurada a garantia de sigilo de suas respostas, agendando-se, então, data, local e hora para entrevista. No encontro, foi novamente esclarecido o objetivo do estudo e solicitado o preenchimento do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (ANEXO C).

No ato da entrega dos instrumentos, foi oferecida a opção da devolução do instrumento de imediato ou de 01 (uma) a 02 (duas) semanas, conforme a necessidade de cada responsável técnico, desde que o período não excedesse 30 dias.

Deixamos bem claro que os dados caracterizando o responsável técnico de enfermagem, quadro I não seriam correlacionados com os dados dos quadros II e III, com o intuito de não identificar e preservar os sujeitos da pesquisas.

### **3.6 Ética em Pesquisa com Seres Humanos**

Este estudo utilizou seres humanos, que são os enfermeiros, Responsáveis Técnicos pelos serviços de enfermagem dos hospitais públicos da Administração Direta na cidade de São Paulo. Obedecendo à Resolução no. 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo filiado ao Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP).

## 4 RESULTADOS

Apresentaremos os resultados na sequência disposta no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A).

Dos 20 (vinte) hospitais da Administração Direta no município de São Paulo, 19 (dezenove) responderam aos questionários, sendo que um dos hospitais foi excluído por estar em fase de transição, deixando de ser da Administração Direta.

Na Tabela 1, estão expostos os dados caracterizando os responsáveis técnicos de enfermagem por gênero, idade, tempo de graduação, especialização, se exerceu ou exerce outra profissão, se trabalha ou trabalhou em outro emprego, tempo de exercício no cargo, tempo de exercício no mesmo hospital, tipo de ascensão ao cargo.

Dos 19 (dezenove) responsáveis técnicos entrevistados, 100% são mulheres, 100% tem especialização “latu sensu”, 88,1% maiores de 43 anos, 76,3% tem mais de 20 anos de formação profissional, 76,4% trabalha ou trabalhou em outro emprego, 64,5% está há mais de quatro anos prestando serviço no mesmo hospital, 52,9% foram designados no cargo, 52,8% estão no cargo há menos de quatro anos e apenas 17,7% apresenta pós-graduação “strictu sensu”.

**Tabela 1 – Caracterização dos RTs de enfermagem, Hospitais Públicos da Administração Direta no Município de São Paulo-SP.**

	N	%
Sexo feminino	19	100,0
<b>Idade</b>		
31 a 36	1	5,8
37 a 42	1	5,8
43 a 48	12	58,8
49 a 54	3	17,6
Mais de 54	2	11,7
<b>Tempo de graduação</b>		
9 a 12	2	11,7
13 a 15	2	11,7
19 a 21	4	17,6
22 a 25	5	23,5
Mais de 25	5	29,4
Não respondeu	1	5,8
<b>Especialização Latu Sensu</b>		
Sim	19	100,0
<b>Pós Graduação Strictu Sensu</b>		
Sim	5	17,6
Não	14	82,3
<b>Exerce ou exerceu outra profissão</b>		
Sim	5	29,4
Não	14	70,5
<b>Trabalha ou trabalhou em outro emprego</b>		
Sim	14	76,4
Não	5	23,5
<b>Tempo de exercício no Cargo</b>		
Menos de 1 ano	4	17,6
1 a 3	6	35,2
4 a 6	3	11,7
7 a 9	1	5,8
10 a 12	1	5,8
13 a 15	1	5,8
Mais de 15 anos	3	17,6
<b>Tempo de exercício no mesmo hospital</b>		
Menos de 1 ano	1	5,8
1 a 3	4	23,5
4 a 6	2	11,6
7 a 9	1	5,8
10 a 13	3	17,6
Mais de 13	8	41,1
<b>Cargo de responsável técnico é</b>		
Nomeado	6	35,2
Designado	11	52,9
Outros	2	11,7

Na construção das tabelas, com as opiniões de cada RT, foram utilizadas cores para facilmente identificarmos a intensidade das respostas.

Neste estudo, ficaremos atentos às respostas de cor vermelha, que podem ser os fatores que causam a vulnerabilidade destes responsáveis técnicos, pois impedem o exercício das competências gerenciais retratadas pela ação norteadora das competências mapeadas pelo COREN-SP (COREN, 2009)

Na tabela 2, apresentamos os resultados apontados no questionário II pelos responsáveis técnicos de cada instituição sobre suas condições de trabalho para o desenvolvimento das competências gerenciais.

Estas condições foram selecionadas do trabalho realizado por Berti et al, (2007) num estudo exploratório, transversal e qualitativo, utilizando técnica de grupo focal. Nele, revelou-se a percepção dos enfermeiros recém formados que estavam trabalhando em um hospital público estadual.

Na tabela 2, cada coluna representa um hospital público da Administração Direta no município de São Paulo, numerados com algarismo de I a XX.

As condições foram colocadas de forma positiva, deixando para o respondente expressar o grau de satisfação sobre a condição oferecida pela instituição para o desenvolvimento das ações de saúde.

A variação de 1 (um) a 5 (cinco) correspondeu a: 1 (um) para “alto grau de satisfação da condição”; 2 (dois) para “satisfatório”; 3 (três) para “suficientemente satisfatório”; 4 (quatro) para “não-satisfatório” e 5 (cinco) para quem preferisse não informar ou não saber o que informar.

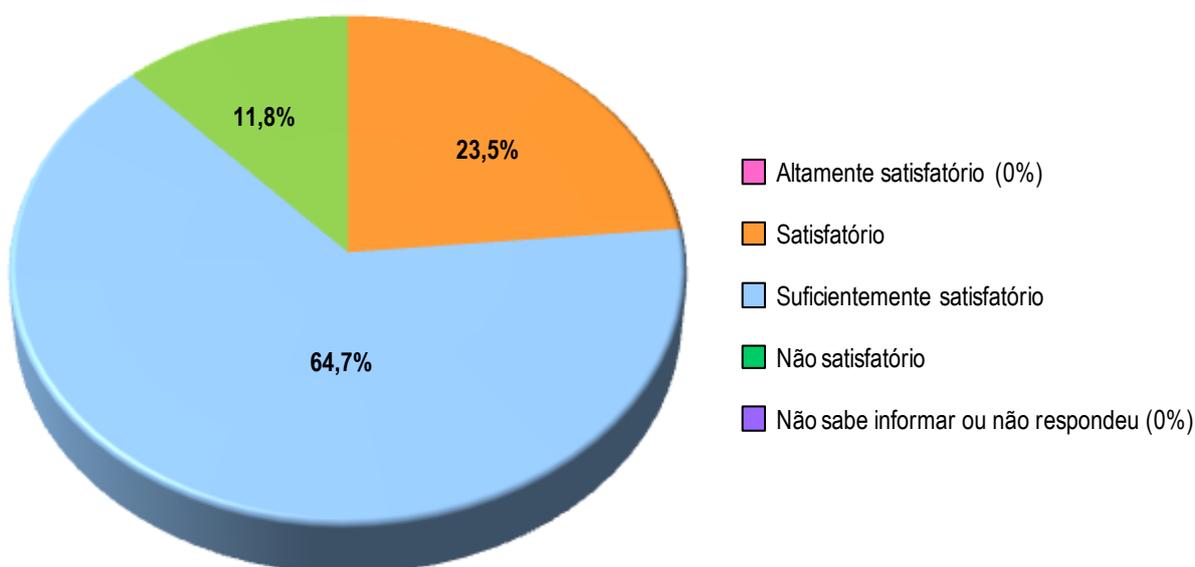
Dos 19 (dezenove) hospitais, 64,7% apontaram condição suficientemente satisfatórias de trabalho, 23,5% satisfatória e 11,7% não satisfatória; nenhum apontou condição altamente satisfatória (Gráfico 1). Nenhuma das RT aponta condição Altamente Satisfatória.

**Tabela 2. Grau de concordância com as afirmativas sobre as condições de trabalho oferecidas nos hospitais da administração direta do estado no município de São Paulo.**

Condição de Trabalho ideais descritas por Berti et al 2009	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX
Estrutura de atendimento ao usuário e funcionário	2	3	2	3	1	3	3	3	2	2	3	2	1	3	2	2	2	4		2
Programa acreditação de qualidade	2	3	3	3	1	4	3	4	4	4	4	2	3	3	1	4	2	4		4
Quantificação Profissionais para assistência ao usuário	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3	2	2	3	2	3	5	4		5
Quantificação Profissionais para assistência ao usuário	3	3	3	3	2	2	3	3	2	1	3	2	2	3	2	3	4	4		2
Comprometimento equipe enfermagem com a assistência	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	4		1
Comprometimento equipe multiprofissional com a assistência	3	4	4	3	2	4	3	3	3	2	3	3	2	3	2	5	3	4		1
Comprometimento prof. nível hierárquico superior com assistência	3	3	1	2	2	4	3	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2	3		1
Responsabilidade / cuidado dos prof. da equipe de enfermagem	2	3	3	2	2	2	3	3	5	2	3	3	2	2	2	2	2	3		1
Qualidade no material utilizado na assistência.	2	3	3	3	2	1	2	3	3	3	3	3	1	2	2	1	3	3		1
Quantidade de material para assistência.	2	3	1	2	2	1	2	3	2	1	4	3	1	2	2	1	2	3		1
Decisões técnico-administrativas de enf. não conflitante com a hegemonia médica	2	3	1	3	3	4	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3		1
Eq. enf. nível operacional preocupada com qualidade assistência.	3	3	1	3	3	3	3	3	4	1	3	3	2	3	2	3	2	3		1
Equipe de enfermagem preparada para prevenção de erro relacionados aos fatores de risco.	2	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	3	2	3	2	2	2	3		1
Equipe de enfermagem preparada para prevenção de erro relacionados aos fatores de risco.	3	3	4	3	3	3	3	3	4	2	3	3	1	3	2	3	3	4		2
Disponibilidade de material e equipamento alto custo p/ assist.	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2	1	3	1	2	5	4		3
Disponibilização materiais e equipamentos simples para atividades rotineiras ao cuidado.	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	3	1	2	3	3		1
Mesmo status da posição hierárquica da equipe de enfermagem relacionada a equipe multiprofissional	1	2	1	3	1	1	2	1	4	1	1	3	1	4	2	1	3	3		1
Respeito e não exposição a praticas que ferem a moral e a dignidade da equipe de enfermagem.	1	3	1	2	2	4	3	2	3	1	2	3	1	3	1	1	1	3		1
Relações de poder no nível operacional da equipe de enfermagem referendadas pelo sistema institucional.	2	3	1	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	1	3		1
Decisões compartilhadas /equipe enf. com a alta administração.	2	1	1	1	1	2	3	2	2	1	2	3	1	3	1	2	2	2		2
Auto estima fortalecida da eq. Enf ao desempenhar suas funções..	2	3	5	3	2	1	3	3	5	2	3	2	2	3	2	3	2	3		1
Praticas da equipe de enf. compatíveis com código ética .	1	3	3	2	2	3	3	3	3	1	2	2	1	2	2	2	1	3		2
Sistematização das Ações necessárias p/o trabalho da eq. Enfer.	2	2	2	2	3	1	3	3	2	1	2	2	1	2	2	1	1	3		2
Equipe enfermagem atinge os objetivos propostos pela insituição.	2	2	3	2	3	2	3	3	3	1	2	2	2	3	2	2	2	3		1
Investimento desenvolvimento profissional/educação permanente.	3	2	1	3	1	4	3	4	4	1	3	1	2	3	2	3	4	3		2
Compartilhamento de informações	3	3	1	3	1	3	2	3	4	1	3	2	1	3	2	2	2	4		1
Relações institucionais atende legislação vigente.	2	4	1	2	1	3	2	4	3	1	2	3	1	3	2	2	2	4		1
Objetivos institucionais claros atendendo as necessidades população assistida.	2	4	1	2	1	3	2	4	3	1	2	3	1	3	2	1	1	4		2
Pontuação de cada Hospital	2	2	2	2	1	2	2	4	4	1	2	3	1	3	2	1	1	4		1
Grau de satisfação sobre as condições de trabalho no hospital	60	74	59	69	52	69	73	80	82	43	70	68	41	76	49	60	64	91		44
SS	SS	SS	SS	SS	S	SS	SF	SS	NS	S	SS	SS	S	SS	S	SS	SS	NS		S



**Gráfico 1 - Condição de Trabalho nos hospitais da administração direta no município de São Paulo.**



A seguir, apresentamos os resultados do questionário III na tabela 3, em que os responsáveis técnicos apontaram o domínio das ações norteadoras que levam às competências gerenciais mapeadas pelo Projeto Competências do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN, 2009).

Cada coluna, nesta tabela 3, representa respectivamente a mesma instituição apontada na tabela 2. Cada responsável técnico fazendo uma reflexão crítica sobre sua atuação apontou o seu domínio.

Nesta reflexão, a variação de 1 (um) a 5 (cinco) correspondeu a: 1 (um) para “alto domínio do profissional de enfermagem, responsável técnico, sobre suas competências gerenciais”, 2 (dois) para “algum domínio”, 3 (três) para a “necessidade de melhorar o domínio”, 4 (quatro) quando o profissional não sabe como dominar a ação naquela instituição e 5 (cinco) quando não queria ou não sabia informar sobre a ação norteadora das competências gerenciais.

Com relação ao domínio das ações norteadoras, foram classificados 70,5% com algum domínio e 29,4% precisando melhorar este domínio na instituição pela qual responde tecnicamente (Gráfico 2).

Tabela 3. Grau de Domínio sobre Competências Gerenciais mapeadas pelo Projeto Competências.

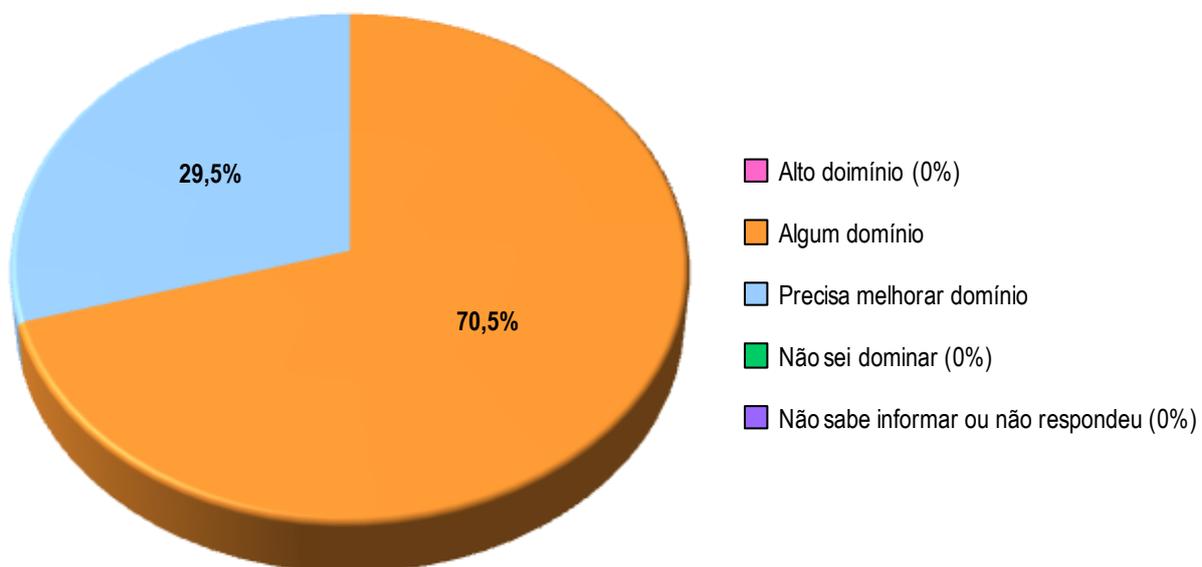
LIDERANÇA	COMPETÊNCIAS MAPEADAS																			
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX
1. Promove o alinhamento da cultura organizacional ao planejamento estratégico, segundo missão, visão e valores da empresa.	2	4	1	1	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	5
2. Possui conhecimento dos diferentes tipos de liderança e adoção de estilo de acordo com a situação.	1	2	2	2	1	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
3. Coordena as ações gerenciais com incentivo à defesa de direitos individuais e aceitação concomitante dos direitos dos outros.	1	2	2	2	1	1	2	1	3	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1
4. Desenvolve as atividades com justiça, equidade e ética na tomada de decisões.	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
5. Implementa mudanças planejadas, flexíveis, transparentes e criativas nas ações do cotidiano.	2	2	1	1	2	1	3	1	3	1	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1
6. Promove a manutenção do autocritico para gerenciamento de conflitos, frente às adversidades e pressões no ambiente de trabalho.	2	1	3	1	3	1	2	1	5	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1
7. Promove e estimula a cooperação entre a equipe multiprofissional.	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
8. Atua como facilitador dos processos de trabalho com foco no cliente.	1	1	1	1	1	1	3	1	5	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
9. Domina conhecimento teórico e prático nas áreas de atuação.	1	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1
10. Define o perfil do profissional da equipe de trabalho, alinhado aos requisitos técnicos, comportamentais e às expectativas da Instituição.	2	4	4	1	5	4	3	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	3	1	1
11. Estabelece programas de sucessão e de novas lideranças	2	4	4	1	2	4	5	2	1	2	1	1	1	2	1	3	5	2	1	1
12. Promove a participação e comprometimento com o comportamento e desempenho dos liderados para o alcance de metas e objetivos	2	2	3	1	1	2	3	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	3	1	1
13. Implementa a cultura de gestão de riscos nas atividades cotidianas da equipe	1	3	4	1	2	4	4	1	5	1	2	2	1	2	1	2	1	3	1	5
14. Conduz a equipe de trabalho com o reconhecimento, desenvolvimento e retenção de talentos.	1	4	1	1	1	4	4	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1
15. Promove o compartilhamento e incentivo de ações no desenvolvimento profissional, mantendo o respeito às diferenças individuais.	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	2	1	1
16. Reconhece e promove o suporte ao desempenho da equipe, decorrente da percepção de problemas pessoais.	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	3	1	2	1
17. Comemora as vitórias, com entusiasmo e transmite energia à equipe	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1
<b>COMUNICAÇÃO</b>																				
18. Usa a linguagem clara, concisa, objetiva, adequada e sem distorções.	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1
19. Demonstra interesse e atenção ao ouvir e ao falar em momento e local adequados no ambiente de trabalho	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
20. Percebe as manifestações de comunicação verbal e não-verbal entre clientes internos, externos e a instituição com julgamento imparcial.	2	1	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
21. Usa meios de comunicação disponíveis, em prol de informações eficazes e efetivas, no ambiente de trabalho.	2	4	1	3	1	1	4	2	3	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1
22. Cria canais memorizáveis para a manifestação dos clientes internos e externos relativa ao processo de comunicação.	2	1	2	3	1	1	4	1	3	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1
<b>TOMADA DE DECISÃO</b>																				
23. Compreende o processo de tomada de decisão com ações direcionadas ao alcance de objetivos em tempo hábil.	1	3	1	1	2	2	3	2	4	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	2
24. Desenvolve condutas imparciais na resolução das decisões tomadas, com base nos resultados obtidos.	1	1	1	1	1	1	2	1	4	2	1	1	1	2	1	3	1	2	1	2
<b>NEGOCIAÇÃO</b>																				
25. Direciona os profissionais para o processo de negociação, com base em conhecimento técnico-científico e na comunicação eficaz.	2	1	1	1	1	1	3	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1
<b>TRABALHO EM EQUIPE</b>																				
26. Atua de forma eficiente, eficaz e efetiva no trabalho da equipe, com base em princípios, processos e valores.	1	2	1	1	1	2	3	1	3	1	1	2	1	1	1	3	1	3	1	1
27. Conduz os profissionais, no sentido de alcançar os objetivos da cliente, de equipe e da instituição, no desenvolvimento do trabalho.	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1
<b>RELACIONAMENTO INTERPESSOAL</b>																				
28. Estimula o relacionamento interpessoal construtivo, integrado e compartilhado, nos problemas e soluções do cotidiano no ambiente de trabalho.	1	1	2	1	2	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1
<b>FLEXIBILIDADE</b>																				
29. É receptivo a críticas e sugestões que agreguem valor às expectativas da cliente, da equipe de trabalho e da instituição.	1	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2
<b>EMPREENDEDORISMO</b>																				
30. É receptivo frente às inovações e necessidades do mercado de maneira racional, objetiva, ponderada e ética, no alcance de objetivos institucionais.	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
31. Busca de desafios constantes, de oportunidades e estímulos para o desenvolvimento de um ambiente favorável à realização de novos projetos.	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2
<b>CRIATIVIDADE</b>																				
32. Identifica análise e corrige em tempo hábil os pontos críticos, com conhecimento do todo que envolve a instituição.	2	3	2	1	2	1	2	1	3	2	1	2	1	1	1	3	2	3	2	2
<b>VISÃO SISTÊMICA</b>																				
33. Utiliza a pesquisa científica na busca de solução e propostas de ação relativa às condições de assistência e administração da instituição.	3	3	3	1	1	2	3	1	3	2	2	2	1	2	1	3	1	2	1	2
<b>PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO</b>																				
34. Determina objetivos e metas, com prazos possíveis de serem executados, e acompanha os resultados.	2	3	1	1	2	1	3	2	3	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2
35. Estabelece políticas de Enfermagem, com modelo e método assistencial, por meio da Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE).	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2
36. Desenvolve projetos voltados para a relação custo/benefício frente às necessidades da empresa	1	2	3	1	1	3	4	1	2	1	2	3	1	1	1	2	1	2	1	3
37. Prevê e prevê material permanente e de consumo, garantindo a qualidade na assistência e minimizando custos operacionais.	1	4	4	1	1	1	4	1	4	2	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1
38. Oferece ambiente de trabalho saudável e seguro em cumprimento estrito das normas de biossegurança.	1	4	1	1	1	1	4	2	5	2	3	3	1	1	2	2	1	2	1	2
39. Implementa a quantificação e qualificação de pessoal de enfermagem, no sustento da garantia da quantidade de profissionais necessários à assistência de qualidade.	1	4	4	2	1	4	2	1	4	1	4	1	2	1	1	2	2	1	1	5
40. Cumpre estritamente as legislações que regem as atividades profissionais de enfermagem	2	1	1	1	1	4	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Pontuação de cada RT	58	85	71	46	59	74	107	51	107	54	48	63	41	48	43	82	48	86	65	65
Competência mapeada	AD	PMD	AD	AD	AD	AD	PMD	AD	PMD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	PMD	AD	PMD	AD	AD

**Escores e Legendas**

1	40	100%	Não Sei Dominar (NSD)
2	41 a 80	99 a 75%	Algo Domino (AD)
3	81 a 120	74 a 50%	Precisa Melhorar Domínio (PMD)

4: 121 a 160 49 a 25%  
 5: 161 a 200 24 a 0%

**Gráfico 2 - Grau de domínio sobre suas Competências Gerenciais Mapeadas pelo Projeto Competências - COREN-SP.**



## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização dos Sujeitos

Os resultados da Tabela 1 mostram que nos hospitais públicos da Administração Direta do município de São Paulo, os gerentes de enfermagem são 100% mulheres. A idade das gerentes concentra-se basicamente entre 43 a 48 anos. O tempo no exercício profissional como enfermeiro de 90% é acima de 20 anos.

Todas possuem especialização, apesar da não exigência para o cargo nos hospitais públicos. A vivência no mesmo hospital da maior parte das gerentes, antes de assumir o cargo, coloca-as em posição de conhecedoras das condições de trabalho do hospital.

O fato de a maioria das gerentes serem designada para o cargo nos leva a crer que o sistema não procura talentos fora de sua instituição.

### 5.2 Condições de Trabalho

A análise dos dados foi feita baseada na classificação e opinião dos responsáveis técnicos de cada hospital sobre suas condições de trabalho. Este agrupamento permitiu a construção de uma planilha na qual cada hospital, numerado aleatoriamente de I a XX, foi avaliado em relação às condições de trabalho oferecida sob o ponto de vista de cada responsável técnico de enfermagem. Assim, obteve-se um total de pontos para cada hospital (Tabela 2).

Como, neste trabalho, procuramos os fatores prováveis que possam levar à vulnerabilidade das competências gerenciais, vamos nos deter às **condições não satisfatórias** apontadas pelas 19 (dezenove) responsáveis técnicas, lembrando que estas condições apontadas **NÃO** estão presentes na Instituição (células vermelhas).

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de acreditação de qualidade</li> <li>• Quantificação de profissionais para a assistência aos usuários</li> <li>• Comprometimento dos profissionais da equipe multiprofissional com a assistência</li> <li>• Investimento no desenvolvimento profissional, principalmente na educação permanente</li> </ul>	Mais vulnerável
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe de enfermagem preparada para prevenção de erros relacionados aos fatores de risco;</li> <li>• Relações institucionais atendendo à legislação vigente e objetivos institucionais claros, atendendo às necessidades da população assistida</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesmo status da posição hierárquica da equipe de enfermagem relacionada à equipe multiprofissional</li> <li>• Compartilhamento de informações</li> <li>• Qualificação de profissionais para a assistência aos usuários</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeito e não exposição a práticas que ferem a moral e a dignidade da equipe de enfermagem</li> <li>• Estrutura de atendimento aos usuários e funcionários</li> <li>• Comprometimento dos profissionais de enfermagem com a assistência</li> <li>• Quantidade de material para a assistência</li> <li>• Decisões técnico administrativas de enfermagem não conflitantes com a hegemonia médica</li> <li>• Equipe de enfermagem no nível operacional preocupada com a qualidade da assistência</li> <li>• Disponibilidade de material e equipamento de alto custo para a assistência</li> </ul>	

**Quadro 2 – Condições não satisfatórias – Fatores prováveis geradores de vulnerabilidade das competências gerenciais do RT**

Os resultados obtidos com esta pesquisa parecem encontrar correspondência nos argumentos de Berti et al. (2007), em que se trata especificamente das condições de trabalho dos enfermeiros na atualidade. Sabe-se que a altíssima carga de trabalho nos hospitais consiste em um dos maiores fatores de risco para os enfermeiros – e, conseqüentemente, para os pacientes. Isso mostra que os fatores que impedem o desenvolvimento de suas competências gerenciais, frente às necessidades profissionais, o colocam em posição de vulnerabilidade, já que não se pode garantir a qualidade da assistência, indo contra seus preceitos éticos e morais.

Robazzi e Marziale (2004) salientam que o descaso com as condições de trabalho, principalmente na enfermagem, originou a criação da Norma Regulamentadora NR32 (BRASIL, 2005), legislação do Ministério do Trabalho e Emprego que estabelece medidas para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores de saúde em qualquer serviço de saúde.

Em suma, diríamos que a falta de condições de trabalho faz com que o enfermeiro se arrisque e coloque o paciente em risco, já que, se não há condições de atendimento, nem por isso a população deixa de ser atendida, sobretudo pelo fato de ser o hospital público seu último recurso.

Muitas vezes, dada a precariedade da situação, o enfermeiro deve fazer escolhas muito difíceis que envolvem, necessariamente, a bioética, pelo julgamento, a carga do julgo e a necessidade de ter que se conviver com os erros e a omissão.

Outro fator provável de vulnerabilidade é o conflito gerado quando o RT deve escolher e priorizar atendimento pela quantificação inadequada de pessoal de enfermagem visto a tomada de decisão inevitavelmente gerar riscos na assistência ao usuário.

Nos hospitais da Administração Direta, há um quadro estático de padrão de lotação, determinando as quantidades de cada profissional para cada área. Porém, com o crescimento do hospital, o aumento do número de leitos, a

complexidade dos procedimentos e do uso de equipamentos de alta tecnologia, este padrão não foi atualizado.

Barata et al. (2009) observam que, nos hospitais da Administração Direta, o regime estatutário impede a autonomia, restringindo a agilidade das ações como admissão e demissão de funcionários e interferindo diretamente na quantidade e qualidade deste recurso.

A resolução COFEN-189/96 (COFEN, 1996), estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, cabendo ao responsável técnico de enfermagem da instituição garantir os recursos humanos necessários à assistência de enfermagem e à segurança do paciente esta prerrogativa resulta em nova tomada de decisão do RT, que estabelecem prioridades que podem ferir a ética profissional, colocando-o novamente em situação desumana e, por que não, de vulnerabilidade.

Jacob Kligerman (1999), afirma que a gestão de recursos escassos é um dilema moral e que a alocação de recursos nas instituições públicas deve ser vista pela bioética, os fins legítimos explicitando o aspecto especificamente moral da justa alocação de recursos e os meios mais adequados, a decisão administrativa de como fazê-la.

Domenico et al. (2000) já mostravam indicadores de vulnerabilidade entre enfermeiros de um destes hospitais públicos, tais como falta de um espaço profissional reconhecido, distanciamento entre as ações cotidianas e o desejo da prática profissional. Em seu estudo, mostrou que era absolutamente estressante a falta de recursos humanos e materiais.

A questão da qualificação foi amplamente abordada nos serviços públicos com cursos para capacitar auxiliares de enfermagem em técnicos de enfermagem. No entanto, a não existência deste profissional no quadro de profissionais na rede pública desestimula o próprio aprimoramento.

O Ministério da Saúde instituiu o PROFAE em 18 de outubro de 1999, portaria 1262/GM (BRASIL, 1999), Projeto de Profissionalização dos

Trabalhadores da Área de Enfermagem, que, por meio da Secretaria de Gestão de Investimentos da Saúde (SIS), contribuiu, efetivamente, com o processo de formação profissional do trabalhador da área de enfermagem para a realização de ações de enfermagem com maior rigor técnico/ético. Essa formação trouxe conseqüentemente maior segurança para o trabalhador e para o usuário. Não há, porém, como incentivar tal formação visto não haver progressão profissional nos hospitais da Administração Direta.

Na mesma situação encontra-se o enfermeiro, que, embora em constante aprimoramento de seus conhecimentos profissionais com cursos de especialização, mestrado ou doutorado, não conta com incentivos salariais, cargos e planos de carreiras.

Com esta falta de incentivos, a equipe de enfermagem, mais uma vez, é alvo de críticas sobre a indiferença e displicência no desempenho de suas atividades diárias.

O Código de Proteção e Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990) caracteriza responsabilidade pelo dano causado independente da comprovação de culpa do paciente, partindo-se do princípio da vulnerabilidade do paciente, vítima a ser protegida quando parte fraca da relação de consumo – neste caso, o serviço de enfermagem inadequado prestado por uma equipe sem comprometimento.

A negligência, como resultado da falta de atenção, a imperícia decorrente da deficiência ou falta de conhecimento, de habilidade, a prática e a imprudência podem levar a prejuízo, dano e até lesão do paciente.

Quando a equipe não está preparada para a prevenção deste erro e o hospital não atende as normas previstas em lei para o atendimento digno do paciente, expõe o Responsável Técnico de enfermagem às sanções previstas no Código Civil, Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002, artigo 186.

O Responsável Técnico de enfermagem se expõe e, novamente, se depara com a situação de co-gestão, em que precisa colaborar com sua força de

trabalho, sua equipe de enfermeiros e auxiliares, mas sem participação efetiva na formulação de metas e objetivos institucionais.

Ainda neste quesito, a equipe de enfermagem procura planejar, padronizar procedimentos para execução da assistência; porém, muitas vezes é impedida de executar suas normas e rotinas pela falta de clareza dos limites de autoridade, tanto da equipe médica quanto da equipe administrativa do hospital.

Jericó, Peres e Kurcgant (2008) concluíram que alguns diretores de hospitais trabalham voltados para o cumprimento de tarefas, não desviando da rotina fixada, mostrando-se centralizador, impessoal e objetivando a produtividade.

Quando o processo decisório é centralizado apenas no diretor do hospital, há atrasos e, às vezes, interrompe-se o fluxo de comunicação, prejudicando os processos de trabalho em enfermagem, que são dinâmicos e acontecem nas 24 horas. Desta forma, a equipe de enfermagem fica fragilizada, desmotivada e sem visibilidade.

O RT de enfermagem deve, então, buscar o clareamento dos relacionamentos hierárquicos, a fim de procurar descentralizar o poder decisório, visto que este poder pode ser compartilhado por várias áreas e profissionais de saúde que fazem parte da assistência.

Esta proposta deverá ser incrementada com um fluxo de comunicação rápido, claro e seguro entre os demais Responsáveis Técnicos, médicos, farmacêuticos, nutricionista e outros, agilizando os processos de trabalho do próprio Responsável Técnico de enfermagem junto à sua equipe.

### **5.3 Ações Norteadoras**

A análise, resultante da tabela 3, mostra a reflexão crítica das responsáveis técnicas sobre a sua capacidade de agir. Fazendo uso das ações norteadoras

estabelecidas no projeto competências (Quadro 1), apontamos as competências mapeadas **não dominadas** , conseqüentemente vulneráveis :

• <b>Liderança</b>		Mais vulnerável
• <b>Comunicação</b>		
• <b>Tomada de Decisão</b>		
• <b>Planejamento e Organização</b>		
• <b>Relacionamento Interpessoal</b>		Menos vulnerável

Com este resultado, está implícito que o RT deve se empoderar e assumir as suas funções, cumprindo as determinações da lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986), e do artigo 8 do Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987 (BRASIL, 1987), que, ao disporem sobre a regulamentação do exercício profissional do enfermeiro no Brasil, atribuem a direção e liderança das atividades e dos serviços de enfermagem, planejamento, organização da assistência de enfermagem, por ajustarem seus princípios baseados em seu código de ética profissional e nos direitos dos pacientes.

É imprescindível que o empoderamento aconteça para que o RT, sabendo interpretar e aplicar a legislação pertinente ao exercício profissional seja reconhecido socialmente por suas competências técnicas, bem como por sua atuação em defesa da ética, da técnica e dos direitos de seus subordinados como de seus assistidos.

Liderar é conhecer aonde se quer chegar. O RT de enfermagem deve ter conhecimento da visão estratégica da organização na qual está inserido, de sua missão, suas crenças e valores – que serão seus também e serão adotados por sua equipe no exercício de suas ações. O papel do líder é propor mudanças e trabalhar para sua correta implementação.

O RT de enfermagem deverá participar das decisões que, de alguma forma, afetam seus clientes, como, por exemplo, participar dos processos de compra, treinamento e controle de qualidade dos serviços. Isso garante

consequentemente, a participação de sua equipe no processo de assistência ao paciente com qualidade.

É preciso mostrar ao RT de enfermagem que existe uma diferença que, por vezes, fica difícil de se aplicar, entre “autonomia concedida por lei” (de direito) de decidir sobre suas ações profissionais e “autoridade”, que corresponde ao poder para a tomada de decisão.

A utilização desta competência vai exigir do líder capacidade analítica, utilizando a eficiência (empenho nas ações), eficácia (ações objetivas e assertivas) e efetividade (alcance dos resultados), além dos princípios éticos (KURCGANT; PERES; CIAMPONE, 1996; TREVISAN, 2001; BORK et al., 2003).

Nesse sentido, propõe-se a valorização crescente da liderança como habilidade indispensável para o enfermeiro, o que implica necessariamente um novo posicionamento de sua parte, em relação aos itens abaixo. Mesmo o RT que não aponta cor vermelha nestes itens tem dificuldade em exercer a ação:

- Promove o alinhamento da cultura organizacional ao planejamento estratégico, segundo missão, visão e valores da empresa;
- Define o perfil do profissional da equipe de trabalho, alinhado aos requisitos técnicos, comportamentais e às expectativas da Instituição;
- Estabelece programas de sucessão e de novas lideranças;
- Implementa a cultura de gestão de riscos nas atividades cotidianas da equipe;
- Conduz a equipe de trabalho com o reconhecimento, desenvolvimento e retenção de talentos.

A comunicação, como aborda Feldman e Ruthes (2008), consiste em um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas. É um fluxo contínuo e circular de energia, no qual seus elementos interagem, e em que se verifica a influência de uns sobre os outros. Nossa pesquisa aponta que as Responsáveis Técnicas que não conseguem ativar estes canais de interação tem

dificuldade no desempenho de suas atividades, visto que, ainda de acordo com o autor, uma comunicação eficaz é símbolo de poder e autoridade.

As informações corretas e bem compreendidas de forma efetiva e eficaz para cada situação, a habilidade em se comunicar adequadamente – tanto com clientes internos como externos – são premissas básicas da administração de qualquer empresa ou instituição de prestação de serviços, como a área de saúde. Por esta razões, o RT deve implementar a comunicação e, de alguma forma, sistematizar este caminho, pois quanto melhor for a informação, quanto mais próxima da realidade, melhor embasada estarão as decisões. Os itens vulneráveis a aprimorar são:

- Usa meios de comunicação disponíveis, em prol de informações eficazes e efetivas, no ambiente de trabalho.
- Cria canais democráticos para a manifestação dos clientes internos e externos relativa ao processo de comunicação.

Para o domínio da próxima competência – a tomada de decisão, o enfermeiro deve além de dominar a comunicação estudar e aplicar os itens:

- Compreende o processo de tomada de decisão com ações direcionadas ao alcance de objetivos em tempo hábil.
- Desenvolve condutas imparciais na reavaliação das decisões tomadas, com base nos resultados obtidos.

A tomada de decisão, que muitas vezes também dependerá de outros gestores da equipe (administração, gestão de pessoas e qualidade, e outros), o que o coloca frente a conflitos constantes e ao dever de buscar a harmonia e homogeneidade entre os colaboradores por meio de diferentes atitudes: ouvindo, escolhendo a melhor alternativa e sabendo disseminar as informações decorrentes deste processo para resolver e solucionar problemas diários.

O RT deverá constantemente avaliar, por meio de indicadores de enfermagem de qualidade de assistência, de desempenho, satisfação, entre outros, como agir prontamente nos eventos conflitantes.

Deverá promover as adaptações necessárias com base em objetivos, (re) definidos em decorrência dos cenários econômicos e principalmente políticos do momento.

A próxima competência mapeada, como não dominada, portando um fator predisponente à vulnerabilidade do exercício profissional, é o planejamento e organização, os itens mais apontados foram:

- Desenvolve projetos voltados para a relação custo/benefício frente às necessidades da empresa
- Prevê e provê material permanente e de consumo, garantindo a qualidade na assistência e minimização custos operacionais.
- Oferece ambiente de trabalho saudável e seguro em cumprimento estrito das normas de biossegurança.
- Implementa a quantificação e qualificação de pessoal de enfermagem, no sustento da garantia da quantidade de profissionais necessários à assistência de qualidade.
- Cumpre estritamente as legislações que regem as atividades profissionais de enfermagem.

Mesmo as RT de enfermagem que apontaram domínio das ações, respondendo sempre 1 – que corresponde a um alto domínio, quando apontaram alguma dificuldade (isto é, indicaram 2), concentraram-se nas mesmas ações norteadoras não dominadas pelas demais, que deram como respostas 3 e 4. Isso nos leva a acreditar que o fator predisponente de vulnerabilidade entre as RT de enfermagem dos hospitais é o mesmo, porém com diferentes graus de dificuldade ou domínio.

Para planejar e organizar os serviços de enfermagem é necessário experiência administrativa, habilidade em liderar e tomar decisão vem com o tempo de exercício profissional e em muitos casos é necessário conhecer profundamente a comunidade que se está atendendo. Além das ferramentas disponível ao enfermeiro, tais como o próprio Projeto Competência, ainda vai exigir dele responsabilidade, iniciativa ,coragem comprometimento e entrega individual em cada ambiente de trabalho proporcionado a cada nova política de saúde do momento.

Identificando criticamente em reflexões constantes de suas ações, os pontos fortes e vulneráveis o enfermeiro desenvolvera e mobilizara, com o tempo, esta competência.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que a abordagem sobre a vulnerabilidade é necessária em nosso meio para que possamos constituir, em um futuro não muito distante, uma profissão autônoma e científica.

Esta expectativa nos remete a reflexão sobre a prática, após muitos anos envolvidos no processo decisório reconhece-se que o RT de enfermagem detém grande quantidade de informações, não só de sua profissão como de todas as outras equipes, informação esta que, de alguma forma, tangencia suas atividades, posiciona-o frente às decisões sobre o que fazer para melhorar ainda mais assistência.

Quem sabe assim, neste futuro almejado, poderá vir a se sentir realizado e tranquilo no desempenho das competências gerenciais. Entendemos aqui que, sem a devida competência gerencial, possivelmente os enfermeiros serão vítimas do *status quo*, das disfunções da burocracia e da decadência já descritas por Kurcgant, Peres e Ciampone (1996) e Trevizan et al. (2002).

Com essa perspectiva, optamos por conhecer a opinião dos responsáveis técnicos de enfermagem sobre as suas condições de trabalho. Fizemos uso do trabalho de Berti et al. (2007), que, nas entrevistas com enfermeiros recém formados, já apontavam fatores geradores de vulnerabilidade em sua prática cotidiana de trabalho, o que parece também ser a situação vivenciada pelos RT de enfermagem nos hospitais públicos da administração direta.

Esta pesquisa buscou refletir sobre o fato de as ações que norteiam as competências gerenciais dos RT de enfermagem nos hospitais da Administração Direta estarem ou não mapeadas, quer dizer sobre o fato de serem realmente competências exercidas.

Fundamentada no referencial da Bioética, tal como este entende e define a vulnerabilidade, identificamos as várias alternativas de desempenho profissional apontadas pelas próprias RT, o que favoreceu a análise dos pontos positivos e negativos segundo as competências gerenciais preconizadas pelo COREN-SP, além da informação, ao profissional, de que é possível julgar e decidir com segurança.

Considerando que as RT de enfermagem indicaram como condições altamente satisfatórias a qualidade de material usado para assistência e a possibilidade de aplicação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) (COREN, 1999), é possível que, baseados nas ações norteadoras das quais possuem domínio, tais como trabalho em equipe, flexibilidade, empreendedorismo e criatividade, possam investir no empoderamento pessoal e da equipe, nas situações que necessitam de mudanças.

Ressaltamos que resistência é uma forma de poder e que a oportunidade de agir com suas convicções morais, acadêmicas durante a prática profissional, apesar de, às vezes, não ser o que a instituição espera, pode reduzir as situações de omissão e de silêncio, tendendo a um empoderamento que invariavelmente os levará a conquista de autonomia.

A criatividade possibilita que os projetos e planos possam buscar inovação nos resultados, formas adequadas de comportamento individual e organizacional. Com estas inovações, rompem-se critérios e práticas estabelecidos, obrigando a equipe a reavaliar seus valores, atitudes e comportamentos, o que conseqüentemente, impactará o desempenho deste responsável técnico.

O RT de enfermagem reconhece as diversas formas de poder institucional que, em consonância com os condicionantes de ordem sócio-culturais, econômicas, históricas e políticas, determinam o poder de decisão nas organizações de saúde. Ela improvisa, supervisiona, fiscaliza, justifica os erros das instituições de saúde, e, muitas vezes, reproduz os interesses capitalistas. Porém, nas últimas décadas, vem aumentando a crítica a este papel, o que conduz a um repensar de sua prática, das relações de trabalho, trazendo-lhe coragem para, quem sabe, romper com este modelo.

A reflexão crítica sobre os fatores que podem expor seu papel à fragilidade (vulnerabilidade) deve ser repensado, enfrentado e empoderado. Talvez uma nova construção coletiva da prática gerencial, uma gestão participativa, com socialização do saber, da técnica, com planejamento, com execução e avaliação da atenção necessária a ser cobrada junto à organização pública pela qual responde tecnicamente seja a única saída. Uma ferramenta que pode ser utilizada de imediato é o próprio Projeto Competências do COREN-SP.

Aqui é o momento em que o RT deixa de ser então vulnerável, quando incentiva o diálogo multidisciplinar e pluralista sobre todos os aspectos da assistência a saúde.

Enfermeiros em cargo de gerenciamento dos serviços públicos da Administração Direta estarão quase que frequentemente, expostos a conflitos éticos e a novas políticas de saúde. A construção de uma nova forma de gerenciamento nos hospitais públicos da administração direta não ocorrerá de forma abrupta, mas de forma paulatina, pois a mudança de paradigma não é fácil. Muitas vezes a mudança é vista como “perda de terreno” e não como evolução do pensamento científico. O amadurecimento vem com a confiança nas Ações que estes RTs de enfermagem vão adotar ao longo de sua trajetória gerencial.

O conflito e a resistência devem ser enfrentado com persistência e competência, esta competência é dinâmica e está sempre em processo de construção, não se esgota e será revista ao longo de sua vida profissional.

A evolução dos modelos gerenciais a partir de 1990 exigiu, tanto das instituições privadas como públicas, capacidade de inovar para sobreviver às novas exigências de mercado. O RT de enfermagem deve observar esta evolução e procurar substituir a rigidez organizacional pela flexibilidade, a tradição pela inovação, a ênfase na hierarquia pelo trabalho em equipe, as decisões individuais por decisões consensuais, sem perder a eficácia e eficiência (BOOG, 2004).

A sensibilidade moral e a reflexão ética deverá fazer parte deste processo de desenvolvimento do RT de enfermagem, que posiciona-se sempre ao lado do paciente, lutando não só por condições adequadas de atendimento, mas as condições que o paciente realmente necessita para a qualidade de assistência, ainda que confrontado com as limitações impostas pelas políticas de saúde.

Esta responsabilidade é eterna e jamais mudará, pois esta relacionada ao *ethos* cultural do enfermeiro: o cuidado, a preocupação, a competência, o compromisso, a responsabilidade, a honestidade e o respeito ao ser humano (GELAIN, 1991).

## REFERÊNCIAS

ADAY, Lu Ann. **At risk in America**: the health and health care needs of vulnerable populations in United States. San Francisco: Jossey-Bass, **1993**

ALRECK, P.; SETTLE, R. **The survey research handbook**. 2.ed. Boston, MA: Irwin/McGraw-Hill. 1995.

ANDERSON, L. W. Attitude measurement. In: Keeves, J. P. (Ed.). **Educational research, methodology and measurement**. Oxford: Pergamon Press, 1988. P. 421-429.

ANJOS, M. F. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, p.173-86, 2006.

ANJOS, MF. O corpo no espelho da dignidade e da vulnerabilidade. In: SOCIEDADE DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS DA RELIGIÃO – SOTER (Org.). **Corporeidade e teologia**. São Paulo, Soter; Paulinas, 2005. p.276-300.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2009.

ARAÚJO, L. C. G.; SOUZA, T. C. P. Empowerment e administração Pública. **Cadernos Ebape**, n.121, nov. 2001.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA SE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2006.

AZAMBUJA, D. **Teoria geral do Estado**. 16. ed. Porto Alegre: Globo, 1984.

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M. Comunicação. In: BALSANELLI, A. P et al. **Competências gerenciais**: desafio para o enfermeiro. São Paulo: Martinari, 2008. cap.4, p.45-52.

BARATA, L. R. B. et al. Comparação de grupos hospitalares no Estado de São Paulo. **Revista Administração em Saúde**, v.11, n.42, jan./mar. 2009. p.8-15.

BERTI, H. W. et al. Movendo-se entre o desejo e a prática da beneficência. **Bioethikos**, v.1, n.1, p. 91-98, 2007.

BOOG, G. G. **O desafio da competência**: como enfrentar as dificuldades do presente e preparar-se para o futuro. São Paulo: Nova Cultural, 2004.

BORK, A. M. T. et al. **Enfermagem de excelência**: da visão à ação. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2003. Cap.5, p.70-100.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 09 jul. 2010.

BRASIL. Decreto-Lei Nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del0200.htm>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

BRASIL. Lei Nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/072005/>>. Acesso em: 29 mar. 2008.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 9 jun. 1987. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=108306>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

BRASIL. Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. [citado em: 29 mar 2009]. Disponível em: <<http://www.emdefesadoconsumidor.com.br/codigo/codigo-de-defesa-do-consumidor.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2010.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**: ilustrada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. 2005. Disponível em: <[http://www.mte.gov.br/legislacao/normas\\_regulamentadoras/nr\\_32.pdf](http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº1262/GM, de 18 de outubro de 1999. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port\\_1262.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_1262.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2010.

CARNA - College and Association of Registered Nurses of Alberta. **Position statement on vulnerability**. Canadá: CARNA, 2005. Disponível em: <<http://www.nurses.ab.ca/Carna-Admin/Uploads/Vulnerability.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2010.

CARVALHO, K. C.; ESCRIVÃO FILHO, Edmundo. O trabalho do administrador: Algumas reflexões sobre a organização e a Ciência Administrativa. In. SEMEAD - Seminário em Administração (FEA-USP), 6. **Anais...** São Paulo, SP, 2003.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. Metodologia científica. 5 ed. São Paulo: Pearson:Prentice Hall, 2002.

CHIAVENATO, I. **Administração geral e pública**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CHIAVENATO, I. **Comportamento organizacional**: a dinâmica do sucesso das organizações. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

CIAMPONE, M. H. T. Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p.191-206.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2007.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 189, de 25 de março de 1996. Normatiza em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde. Disponível em: <[www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/.../resolucao\\_189\\_96.pdf](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/.../resolucao_189_96.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2010.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 302, 16 de março de 2005. Baixa normas para anotação da responsabilidade técnica de enfermeiro (a), em virtude de chefia de serviço de enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas onde é realizada assistência à saúde. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br/node/3996>>. Acesso em: 29 mar. 2010.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-252, de 02 de abril de 2001. Código de processo ético das autarquias profissionais de enfermagem. Disponível em: <[http://corensp.org.br/072005/banner\\_rotativo/principais\\_legislacoes\\_2007.pdf](http://corensp.org.br/072005/banner_rotativo/principais_legislacoes_2007.pdf)>. Acesso em: 8 ago. 2010.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CEB 4/99. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 dez. 1999. Seção 1, p.229.

COREN - Conselho Regional de Enfermagem/SP Decisão COREN-SP/DIR/008/1999, de 19 de outubro de 1999. Normatiza a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas instituições da saúde, no âmbito do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://site-velho.webcorensp.org.br/decisoes-corensp>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

COREN - Conselho Regional de Enfermagem/SP. **Projeto competências**. São Paulo: COREN/SP, 2009. 14p. Disponível em: <[http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/Projeto\\_Competencias.pdf](http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/Projeto_Competencias.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2009.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, M. J.; SILVA, P. L. B. Reforma e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.5, n.2, 2000.

CUNHA, I. C. K. O.; XIMENES NETO, F. R. G. X. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n.3, p.479-82, jul./set. 2006.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Gestão Administrativa. **Manual de normas e procedimentos administrativos**: Parte I - recursos humanos, Módulo I - direitos e vantagens, Título XLII - Nomeação e Posse. Disponível em: <<http://www.sga.df.gov.br/siadrh/manualdireitos/tituloXLII.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2010.

DOMENICO, E. B. L. et al. Revelando as ações da prática e o ideal profissional do enfermeiro: subsídios para a implantação da SAE. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.13, n.especial, p.53-7, 2000.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor: Health Administration, 1980.

DURAND, G. **Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos**. 2.ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2007. 431p.

FERRO, R. C. et al. Panorama das políticas públicas no setor saúde e a enfermagem na década de 1980. **Esc. Ana Nery Revista de Enfermagem**, v.10, n.3, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a18.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2009.

GELAIN, I. **O significado do “ethos” e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho**. 1991. 147f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

GEOVANINI, T. et. al. **História da enfermagem: versões e interpretações**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GERI, L. W.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

GRIFFIN, G. J.; GRIFFIN, J. K. **Jensen’s history & trends of professional nursing**. 5. ed. St. Louis: Mosby, 1965.

HENDERSON, V. **Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem, 1962.

HOSSNE, W. S. Dos Referenciais da Bioética – a Vulnerabilidade. **Bioethikos**, v.3, n.1, p 41-51, 2009.

JERICÓ, M. C.; PERES, A. M.; KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v.42, n.3, 2008.

KLIGERMAN, J. Bioética e política de saúde pública. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.45, n.1, jan./mar. 1999.

KURCGANT, P.; PERES, H. H. C.; CIAMPONE, M. H. T. A liderança na administração do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras, auxiliares e atendentes de enfermagem. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v.30, n.3, p.416-38, dez.1996.

KWASNICKA, E. L. **Introdução à administração**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1995.

LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis-SC: Papa-livros, 1999.

LOPES, P. Formação em enfermagem e cidadania. **Enfermagem em Foco**, n.26, p.37-42, set. 1997.

MARCON, P. M.; POLAK, Y. N. S.; MEIAER, M. J. **A bioética no processo de trabalho administrativo da enfermagem: uma reflexão**. Curitiba, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn402marconetal.htm>>. Acesso em: 29 mar. 2008.

MARX, L. C. **Competências da enfermagem sedimentadas no Sistema Primary Nursing**. Petrópolis: Publicações Biomédicas (EPUB). 2006.

MINTZBERG, H.; QUINN, J. B. **O conceito de estratégias: o processo da estratégia**. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. p.19-32.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 7.ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

NICHIATA, L. Y. I et al. A utilização do conceito vulnerabilidade pela enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.16, n.5, set./out. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2008.

NUNES, L. **Justiça, poder e responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de enfermagem**. Dissertação (Doutorado) - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2004.

NUNES, L. Usuários dos serviços de saúde e seus direitos. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.2, 2006.

OGUISSO, T. Florence Nightingale. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Trajectoria histórica e legal da enfermagem**. Barueri-SP: Manole, 2005. Cap.3, p.58-97.

OHARA, R. C. C.; SALTO, R. X. S. **Saúde da família**. São Paulo: Martinari, 2008.

PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.6, nov./dez. 2005.

PESSINI, L. **Bioética : um grito por dignidade de viver\_2.ed.rev.e.atual.\_São Paulo: Paulinas,2007**

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume,1998.

POLIT, D. F. et al. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RENDTORFF, J. D. **Basic principles in bioethics and biolaw**. 2000. Disponível em: <<http://www.bu.edu/wcp/Papers/Bioe/BioeRend.htm>>. Acesso em: 29 mar. 2008.

RIZZOTTO, M. L. F. O contexto histórico da constituição da enfermagem profissional no Brasil. In: \_\_\_\_\_. **Historia da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia:: AB, 1999. Cap.1, p.11-25.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.12, n.5, set./out. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000500019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000500019&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 nov. 2009.

ROSA, D. S. Bioética: riscos e proteção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, Oct. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001000034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000034&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Sept. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2006001000034.

SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar Nº 180, de 12 de maio de 1978. Dispõe sobre a instituição do Sistema de Administração de Pessoal e dá providências correlatas. Disponível em: <[http://www.fespesp.org/arquivos/lei\\_complementar\\_180\\_12051978-072007.pdf](http://www.fespesp.org/arquivos/lei_complementar_180_12051978-072007.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2010.

SCHIAVO, M. R.; MOREIRA, E. N. **Glossário social**. Rio de Janeiro: Comunicarte, 2005.

SCHRAMM F. R. et. al.(Org.) **Bioética: riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora Fiocruz;2005.

SOUZA, R. R.; MENDES, J. D.; BARROS, S. (Org). **20 anos do SUS**. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2008. cap. 2, p.26-37.

THE NURSING LEADERSHIP INSTITUTE. **The Nursing Leadership Institute Competency model**. 2003. Disponível: [http://nursing.fau.edu/uploads/docs/358/nursing\\_leadership\\_model2.pdf](http://nursing.fau.edu/uploads/docs/358/nursing_leadership_model2.pdf). Acesso em: 07 jul. 2010.

TREVIZAN, M. A. et al. Análise de expectativas sobre a liderança do enfermeiro à luz das teorias grid. **Rev. Gaucha de Enfermagem**, v.22, n.1, p.20-9, jan. 2001.

TREVIZAN, M. A. et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.10, n.1, 2002. Disponível em <[http://www.Scielo.br/scielo.php?Script+sci\\_arttex&pid+S0104-1169200200001000013](http://www.Scielo.br/scielo.php?Script+sci_arttex&pid+S0104-1169200200001000013)> Acesso em: 29 mar. 2008.

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

WEBER, M. **Ciência e política**: duas vocações. São Paulo: Martin Claret, 2003.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2002.

ZOBOLI, E. L. C.P. Enfermeiros e usuários do programa saúde da família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.3, jul/set. 2007.



<b>CONDIÇÃO DE TRABALHO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Estrutura de atendimento aos usuários e funcionários.					
2. Programa de Acreditação de Qualidade.					
3. Quantificação de profissionais para assistência aos usuários.					
4. Qualificação de profissionais para a assistência aos usuários.					
5. Comprometimento dos profissionais da equipe de enfermagem com a assistência.					
6. Comprometimento dos profissionais da equipe multiprofissional com a assistência.					
7. Comprometimento dos profissionais de níveis hierárquicos superiores com a assistência.					
8. Responsabilidade e cuidados dos profissionais da equipe de enfermagem.					
9. Qualidade no material utilizado na assistência.					
10. Quantidade do material para assistência.					
11. Decisões técnico-administrativas de enfermagem não conflitante com a hegemonia médica.					
12. Equipe de enfermagem no nível operacional preocupada com a qualidade da assistência.					
13. Equipe de enfermagem preparada para a prevenção do erro, relacionado aos fatores de risco.					
14. Disponibilização de material e equipamentos de alto custo para a assistência.					
15. Disponibilização de material e equipamentos simples para atividades rotineiras ao cuidado.					
16. Mesmo status da posição hierárquica da equipe de enfermagem relacionada à equipe multiprofissional.					
17. Respeito e não exposição a práticas que ferem a moral e a dignidade da equipe de enfermagem.					
18. Relações de poder no nível operacional da equipe de enfermagem referendadas pelo sistema institucional.					
19. Decisões compartilhadas da equipe de enfermagem com a alta administração.					
20. Auto-estima fortalecida da equipe de enfermagem ao desempenhar suas funções.					
21. Práticas da equipe de enfermagem compatíveis com o Código de Ética.					
22. Sistematização das ações necessárias para o desempenho do trabalho da equipe de enfermagem.					
23. Equipe de enfermagem atinge os objetivos propostos pela instituição.					
24. Investimento no desenvolvimento profissional, principalmente na educação permanente.					
25. Compartilhamento de informações.					
26. Relações institucionais atendendo à legislação vigente.					
27. Objetivos institucionais claros atendendo a necessidade da população assistida					

### III. AÇÕES NORTEADORAS GERENCIAIS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS RT

(Utilize o quadro explicativo sobre cada ação gerencial norteadora sobre as competências estabelecidas pelo COREN-SP)

No quadro aponte, considerando as afirmativas apresentadas, em relação à sua capacidade de atuação profissional para o desenvolvimento destas. Utilize os números de 1 a 5 para classificar seu grau de domínio e caso não tenha conhecimento assinale o número 5. Assinale apenas um número para cada afirmação.

#### LEGENDA:

- 1) **Alto domínio** profissional sobre a ação norteadora na instituição que atuo.
- 2) **Algum domínio** profissional sobre a ação norteadora na instituição que atuo.
- 3) **Preciso melhorar o domínio** profissional sobre a ação norteadora na instituição que atuo.
- 4) Possuo conhecimento sobre ação norteadora, **não sei como dominá-la** na instituição que atuo.
- 5) **Não sei informar ou não quero informar** sobre esta ação norteadora.

AÇÕES NORTEADORAS GERENCIAIS	1	2	3	4	5
1. Promove o alinhamento da cultura organizacional ao planejamento estratégico, segundo missão, visão e valores da empresa.					
2. Possui conhecimento dos diferentes tipos de liderança e adoção de estilo de acordo com a situação.					
3. Coordena as ações gerenciais com incentivo da defesa de direitos individuais e aceitação concomitante dos direitos dos outros.					
4. Desenvolve as atividades com justiça, equidade e ética na tomada de decisões.					
5. Implementa mudanças planejadas, flexíveis, transparentes e criativas nas ações do cotidiano.					
6. Promove a manutenção do autocontrole para gerenciamento de conflitos, frente às adversidades e pressões no ambiente de trabalho.					
7. Promove e estimula à cooperação entre a equipe multiprofissional.					
8. Atua como facilitador dos processos de trabalho com foco no cliente.					
9. Domina conhecimento teórico e prático nas áreas de atuação.					
10. Define o perfil do profissional da equipe de trabalho, alinhado aos requisitos técnicos, comportamentais e às expectativas da Instituição.					
11. Estabelece programas de sucessão e de novas lideranças					
12. Promove a participação e comprometimento com o comportamento e desempenho dos liderados para o alcance de metas e objetivos					
13. Implementa a cultura de gestão de riscos nas atividades cotidianas da equipe					
14. Conduz a equipe de trabalho com o reconhecimento, desenvolvimento e retenção de talentos.					
15. Promove o compartilhamento e incentivo de ações no desenvolvimento profissional, mantendo o respeito às diferenças individuais.					
16. Reconhece e promove o suporte ao desempenho da equipe, decorrente da percepção de problemas pessoais.					
17. Comemora as vitórias, com entusiasmo e transmite energia à equipe.					
18. Usa a linguagem clara, convincente, objetiva, adequada e sem distorções.					
19. Demonstra interesse e a atenção ao ouvir e ao falar em momento e local adequados no ambiente de trabalho					

20. Percebe as manifestações de comunicação verbal e não-verbal entre clientes internos, externos e a instituição com julgamento imparcial.					
21. Usa meios de comunicação disponíveis, em prol de informações eficazes e efetivas, no ambiente de trabalho.					
22. Cria canais democráticos para a manifestação dos clientes internos e externos relativa ao processo de comunicação.					
23. Compreende o processo de tomada de decisão com ações direcionadas ao alcance de objetivos em tempo hábil.					
24. Desenvolve condutas imparciais na reavaliação das decisões tomadas, com base nos resultados obtidos.					
25. Direciona os profissionais para o processo de negociação, com base em conhecimento técnico-científico e na comunicação eficaz.					
26. Atua de forma eficiente, eficaz e efetiva no trabalho da equipe, com base em princípios, processos e valores.					
27. Conduz os profissionais, no sentido de alcançar os objetivos da clientela, da equipe e da instituição no desenvolvimento do trabalho.					
28. Estimula o relacionamento interpessoal construtivo, integrado e compartilhado, nos problemas e soluções do cotidiano no ambiente de trabalho.					
29. É receptivo a críticas e sugestões que agreguem valor às expectativas da clientela, da equipe de trabalho e da instituição.					
30. É receptivo frente às inovações e necessidades do mercado de maneira racional, objetiva, ponderada e ética, no alcance de objetivos institucionais.					
31. Busca de desafios constantes, de oportunidades e estímulos para o desenvolvimento de um ambiente favorável à realização de novos projetos.					
32. Identifica analisa e corrige em tempo hábil os pontos críticos, com conhecimento do todo que envolve a instituição.					
33. Utiliza a pesquisa científica na busca de solução e propostas de ação relativa às condições de assistência e administração da instituição.					
34. Determina objetivos e metas, com prazos possíveis de serem executados, e acompanha os resultados.					
35. Estabelece políticas de Enfermagem, com modelo e método assistencial, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).					
36. Desenvolve projetos voltados para a relação custo/benefício frente às necessidades da empresa					
37. Prevê e provê material permanente e de consumo, garantindo a qualidade na assistência e minimização custos operacionais.					
38. Oferece ambiente de trabalho saudável e seguro em cumprimento estrito das normas de biossegurança.					
39. Implementa a quantificação e qualificação de pessoal de enfermagem, no sustento da garantia da quantidade de profissionais necessários à assistência de qualidade.					
40. Cumpre estritamente as legislações que regem as atividades profissionais de enfermagem					

## **ANEXO A - Competências X Ação Norteadora (Projeto Competências 2009 – COREN-SP)**

### **1 Liderança**

#### *1.1 Ações norteadoras da competência:*

- a) Influência para o desenvolvimento de uma visão de futuro da profissão e dos profissionais;
- b) Alinhamento da cultura organizacional ao planejamento estratégico, segundo Missão, Visão e Valores da empresa;
- c) Conhecimento dos diferentes tipos de liderança e adoção de estilo, de acordo com a situação;
- d) Coordenação de ações gerenciais com incentivo da defesa de direitos individuais, com a aceitação concomitante dos direitos dos outros;
- e) Desenvolvimento de atividades com justiça, equidade e ética na tomada de decisões;
- f) Implementação de mudanças flexíveis, transparentes e criativas nas ações do cotidiano;
- g) Manutenção do autocontrole para gerenciamento de conflitos, frente às adversidades e pressões no ambiente de trabalho;
- h) Promoção e estímulo à cooperação entre as equipes interdisciplinares e equipes multiprofissionais;
- i) Atuação como facilitador dos processos de trabalho com foco no cliente;
- j) Domínio de conhecimento teórico e prático nas áreas de atuação;
- k) Definição do perfil do profissional da equipe de trabalho, alinhada aos requisitos técnicos, comportamentais e às expectativas da instituição;
- l) Estabelecimento de programas de sucessão e de novas lideranças;
- m) Participação e comprometimento com o comportamento e desempenho dos liderados para o alcance de metas e objetivos;
- n) Implementação da cultura de gestão de riscos nas atividades cotidianas da equipe;
- o) Condução da equipe de trabalho com o reconhecimento, desenvolvimento e retenção de talentos;
- p) Promoção, compartilhamento e incentivo de ações no desenvolvimento profissional, mantido o respeito às diferenças individuais;
- q) Reconhecimento e suporte ao desempenho da equipe, decorrente da percepção de problemas pessoais;

r)Comemoração das vitórias, com entusiasmo e transmissão de energia à equipe.

## **2 Comunicação**

### *2.1 Ações norteadoras da competência:*

- a) Uso de linguagem clara, convincente, objetiva, adequada, sem distorção;
- b) Demonstração de interesse e atenção ao ouvir e ao falar em momento e local adequados para as diferentes relações pessoais e profissionais no ambiente de trabalho;
- c) Percepção das manifestações de comunicação verbal e não-verbal entre clientes internos, clientes externos e a instituição, com julgamento imparcial por parte dos profissionais;
- d) Uso dos meios de comunicação disponíveis, em prol de uma comunicação eficiente, eficaz e efetiva no ambiente de trabalho;
- e) Incentivo ao desenvolvimento contínuo na habilidade de se expressar em público no ambiente institucional;
- f) Criação de cultura na disseminação das informações, sem a interferência de possíveis ruídos da comunicação;
- g) Padronização de vocabulário adequado no uso de linguagem isenta de gírias, jargões e termos impróprios no ambiente de trabalho;
- h) Oferta contínua de feedback para avaliar a compreensão das mensagens transmitidas pessoa a pessoa e em qualquer tipo de mídia;
- i) Criação de canais democráticos para a manifestação dos clientes internos e externos relativa ao processo de comunicação.

## **3 Tomada de decisão**

### *3.1 Ações norteadoras da competência:*

- a) Percepção da abrangência do processo de tomar decisões e avaliar os riscos envolvidos nos resultados desejados junto à equipe de trabalho;
- b) Compreensão do processo de tomada de decisão com ações direcionadas ao alcance de objetivos em tempo hábil;
- c) Avaliação das situações diante de amplo conhecimento técnico, científico e humano no processo de escolha de alternativas para a decisão;
- d) Julgamento das ações e responsabilidades de quem decide, de acordo com diretrizes institucionais, limites da autonomia do profissional e atribuições conferidas pelo cargo;

- e) Escolha da decisão voltada para as necessidades da clientela e da própria instituição;
- f) Desenvolvimento de condutas imparciais na reavaliação das decisões tomadas, com base nos resultados obtidos.

#### **4 Negociação**

##### **4.1 Ações norteadoras da competência:**

- a) Direcionamento dos profissionais para o processo de negociação, com base em conhecimento técnico-científico e na comunicação eficaz;
- b) Estímulo à identificação do momento em que as partes envolvidas estão dispostas a efetuar trocas para o início, continuidade e término do processo de negociação;
- c) Desenvolvimento da compreensão do papel de ambas as partes em fazer concessões e obter vantagens como elemento-chave na efetividade da negociação;
- d) Entendimento da dinâmica do processo de negociação para o sucesso dos resultados;
- e) Construção de relacionamento positivo, com base no diálogo, para atendimento dos desejos e expectativas das partes envolvidas na negociação.

#### **5 Trabalho em equipe**

##### **5.1 Ações norteadoras da competência:**

- a) Atuação eficiente, eficaz e efetiva no trabalho da equipe, com base em princípios, processos e valores;
- b) Condução dos profissionais, no sentido de alcançar os objetivos da clientela, da equipe e da instituição no desenvolvimento do trabalho;
- c) Manutenção da receptividade a críticas para novas formas de desempenho integrado e outras propostas sugeridas pelos membros da equipe.

#### **6 Relacionamento interpessoal**

- a) Estímulo ao relacionamento interpessoal construtivo, integrado e compartilhado, nos problemas e soluções do cotidiano no ambiente de trabalho;
- b) Desenvolvimento da capacidade de ser acessível, saber ouvir, respeitar e valorizar as diferenças individuais no trato humanizado das pessoas;
- c) Formação e manutenção constante de rede de relacionamento no ambiente profissional.

## **7 Flexibilidade**

### *7.1 Ações norteadoras da competência:*

- a) Desenvolvimento contínuo da capacidade de ajustamento à diversidade dos objetivos, crenças e valores individuais;
- b) Adaptação às mudanças na aprendizagem de viver e conviver com a realidade dos objetivos institucionais, com vínculo focado no cliente;
- c) Receptividade a críticas e sugestões que agreguem valor às expectativas da clientela, da equipe de trabalho e da instituição.

## **8 Empreendedorismo**

### *8.1 Ações norteadoras da competência:*

- a) Atuação frente às inovações e necessidades do mercado de maneira racional, objetiva, ponderada e ética, com base no alcance de objetivos institucionais e individuais;
- b) Aumento contínuo da visão do mercado no alinhamento da empresa com os objetivos, estratégias e cultura da organização;
- c) Busca de desafios constantes, identificação de oportunidades e estímulos para o desenvolvimento de um ambiente favorável à realização de novos projetos;
- d) Uso de cautela e ousadia para experimentar e executar novos projetos.

## **9 Criatividade**

### *9.1 Ações norteadoras da competência:*

- a) Criação de um ambiente favorável, como estímulo e suporte às ideias inovadoras na instituição;
- b) Incentivo à busca de soluções expressas pelos profissionais, como manifestação de criatividade individual e coletiva;
- c) Introdução e aumento contínuos das ações criadoras nos processos de trabalho do cotidiano.

## **10 Visão sistêmica**

### *10.1 Ações norteadoras da competência:*

- a) Visualização do impacto das ações nos processos e resultados da instituição, diante das tendências do mercado de trabalho;
- b) Identificação, análise e correção, em tempo hábil, dos pontos críticos, com conhecimento do todo que envolve a instituição;
- c) Utilização de pesquisa científica na busca de solução e propostas de ação relativas às condições e situações detectadas no âmbito assistencial e administrativo da instituição.

## **11 Planejamento e Organização**

### *11.1 Ações norteadoras da competência:*

- a) Estabelecimento de estratégias diante das mudanças turbulentas do mercado, embasadas no conhecimento das estruturas internas e externas da instituição;
- b) Determinação de objetivos e metas, com prazos possíveis de serem executados, e acompanhamento dos resultados;
- c) Estabelecimento de política, modelo e método assistencial, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- d) Mapeamento dos processos no gerenciamento de riscos para segurança dos serviços prestados;
- e) Desenvolvimento de projetos voltados para a relação custo/benefício frente às necessidades da empresa;
- f) Previsão e provisão de materiais permanentes e de consumo, com o propósito de garantia de qualidade da assistência e minimização dos custos operacionais dos procedimentos;
- g) Oferta de ambiente de trabalho saudável e seguro em cumprimento estrito das normas de biossegurança;
- h) Implementação do dimensionamento de pessoal, no sustento de garantia da quantidade de profissionais necessários à assistência de qualidade;
- i) Cumprimento estrito das legislações que regem as atividades profissionais pelo Responsável Técnico e demais integrantes da equipe de enfermagem.

## **ANEXO B - Hospitais da cidade de São Paulo com Administração Direta da SES**

- Centro de Ação Integrada a Saúde Mental Dr. David Capistrano da Costa Filho.
- Centro de Ação Integrada a Saúde mental Philippe Pinel
- Centro de Referência da Saúde da Mulher
- Conjunto Hospitalar do Mandaqui
- Hospital Brigadeiro
- Hospital Dante Pazzanese de Cardiologia
- Hospital e Maternidade “Leonor Mendes de Barros”
- Hospital e Maternidade Interlagos
- Hospital Emilio Ribas
- Hospital Geral “Dr. José Pangella” – Vila Penteado.
- Hospital Geral “Jesus Teixeira da Costa” – Guaianases.
- Hospital Geral de São Mateus “Dr. Manoel Bifulco”
- Hospital Geral de Taipas “Kátia de Souza Rodrigues.
- Hospital Geral de Vila Nova Cachoeirinha “Dr. Álvaro Simões de Souza”
- Hospital Heliópolis
- Hospital Infantil Candido Fontoura
- Hospital Infantil Darcy Vargas
- Hospital Ipiranga
- Hospital Regional Sul
- Hospital Vital Brazil

contatoweb@saude.sp.gov.br

## **ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Sandra Cristina Perez Tavares discente do Programa de Mestrado em Bioética, estou desenvolvendo um estudo científico, como um dos pré-requisitos de conclusão de curso e preciso de sua colaboração. Seu envolvimento é voluntário e considerando-se ser participante da pesquisa, deve estar informado (a) sobre suas características. Assim, esclarecemos alguns aspectos sobre esta investigação a seguir.

**Título da Pesquisa:** “O enfermeiro no exercício de suas competências gerenciais em hospitais públicos da administração direta do município de São Paulo: Análise dos prováveis fatores causadores de vulnerabilidade”.

**Nome da Pesquisadora Principal:** Sandra Cristina Perez Tavares. **Nome dos Orientadores:** Profa. Dra. Luciane Lúcio Pereira e Prof. Dr. Márcio Fabri dos Anjos

**Objetivo da pesquisa:** Identificar as condições de trabalho e sua relação com as competências gerenciais de responsáveis técnicos de enfermagem, de organizações públicas da administração direta, do município de São Paulo, no âmbito de suas atividades profissionais.

**Participantes** Critérios de Inclusão e Local da pesquisa: Os participantes deste estudo constituir-se-ão 20 enfermeiros, responsáveis técnicos pelos serviços de enfermagem dos hospitais públicos da administração direta no município de São Paulo. Os critérios de inclusão deverão compreender enfermeiros que estejam exercendo o cargo de gerenciamento do serviço de enfermagem, e aceitarem participar deste estudo. Os critérios de exclusão serão os responsáveis técnicos em transição de cargo, licenciados ou afastados por quaisquer razões; Também serão excluídos os que se recusarem a responder o instrumento de coleta.

**Envolvimento na pesquisa:** Ao participar deste estudo a Sra.(Sr.) permitirá que a pesquisadora possa explorar cientificamente este tema. A Sra.(Sr.) tem liberdade de se recusar a participar. Caso tenha dúvidas, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa, relacionado abaixo.

**Sobre a coleta dos dados:** Este estudo envolve o preenchimento de 3 Questionários, sendo que o primeiro identificará o perfil do enfermeiro gerente, o segundo levantará as condições de trabalho e o terceiro as ações norteadoras desempenhadas no exercício das competências.

**Riscos e desconforto:** A participação nesta pesquisa não traz complicações legais ou ônus para você. Os procedimentos que estamos adotando obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução No. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

**Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e seus orientadores terão conhecimento dos dados.

**Benefícios:** Ao participar desta pesquisa a Sra. (Sr.) já poderá se beneficiar da reflexão que o questionário provoca; mas também contribuirá, com suas respostas, para o estudo sobre as condições de trabalho e sua relação com as competências gerenciais de Responsáveis Técnicos dos Hospitais Públicos do Município de São Paulo, no âmbito de suas atividades profissionais. A pesquisadora, ainda, compromete-se a divulgar os resultados obtidos.

**Despesas e Pagamento:** A Sra. (Sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Eu, \_\_\_\_\_,  
concordo, voluntariamente em participar deste estudo.

Estou ciente que a minha participação como voluntário (a) envolve o preenchimento de três questionários em ANEXO e os benefícios serão traduzidos em conhecimentos para o ensino e a assistência de enfermagem.

Ficam assegurados, a mim, os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase da entrevista, no momento em que julgar necessário; confidencialidade sobre as informações por mim fornecidas a esta pesquisa.

Declaro que estou ciente que, os resultados poderão ser utilizados em publicações e estudos futuros.

Caso me recuse a participar desta pesquisa, nada comprometerá minha pessoa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

TELEFONES: Pesquisador: (011) 50212140 - Cel.: (011) 91546129

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo: (011) 3465-2669

# 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](#)