

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ISABEL CRISTINA DE SOUZA BERTUOL

**ELABORAÇÃO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARTICIPATIVO
NA GESTÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL PRIVADO DE CAXIAS DO SUL/RS**

**PORTO ALEGRE
2016**

ISABEL CRISTINA DE SOUZA BERTUOL

**ELABORAÇÃO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARTICIPATIVO
NA GESTÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL PRIVADO DE CAXIAS DO SUL/RS**

**PORTO ALEGRE
2016**

ISABEL CRISTINA DE SOUZA BERTUOL

**ELABORAÇÃO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARTICIPATIVO
NA GESTÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL PRIVADO DE CAXIAS DO SUL/RS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosália Figueiró Borges

**PORTO ALEGRE
2016**

Ficha Catalográfica

B552e Bertuol, Isabel Cristina de Souza
Elaboração de planejamento estratégico participativo na gestão do serviço de enfermagem de um hospital privado de Caxias do Sul/RS / por Isabel Cristina de Souza Bertuol. – 2016.

213 p.: il., 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Rosália Figueiró Borges.

1. Planejamento estratégico participativo. 2. Serviço de enfermagem. 3. Hospital privado – Caxias do Sul/RS. I. Título.

CDU 614.253.5:658

Catálogo na Fonte:
Bibliotecária Vanessa Borges Nunes - CRB 10/1556

ISABEL CRISTINA DE SOUZA BERTUOL

**ELABORAÇÃO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARTICIPATIVO
NA GESTÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL PRIVADO DE CAXIAS DO SUL/RS**

Dissertação apresentada como requisito
para a obtenção do título de Mestre pelo
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade do Vale do
Rio dos Sinos – UNISINOS

Aprovado em: 18 / 08 / 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Rosália Figueiró Borges - Unisinos

Prof.^a Dr.^a Karin Viegas - Unisinos

Prof.^a Dr.^a Adriana Aparecida Paz - Universidade Federal das Ciências
da Saúde de Porto Alegre

Este trabalho é uma conquista e a dedico a minha família: meu marido e meus quatro filhos, em especial minha bebê Natália, que foi gerada durante esta trajetória e viveu, no meu ventre, angústias, preocupações, ansiedades e correrias, a você minha filha, desculpe por qualquer coisa e obrigado por ter vindo para minha vida. Vocês são minhas inspirações e minha razão de viver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que me ajudaram na construção deste estudo.

Ao meu marido, que cuidou dos meus filhos e da minha casa, para eu conseguir me dedicar aos estudos e à pesquisa que envolveu este trabalho.

A minha orientadora Rosália Figueiró Borges, que com seu conhecimento, experiência, paciência e carinho me conduziu ao caminho da pesquisa e me orientou de forma tão competente neste trabalho.

Ao grupo de coordenadores de enfermagem do hospital em que trabalho, por contribuir, de forma tão construtiva e competente, nas discussões que envolveram o tema.

Ao grupo de enfermeiros gestores/assistenciais desse hospital, por aceitar o desafio de participar tão ativamente no planejamento da gestão do serviço e ao desenvolvimento desta pesquisa.

Ao meu grande amigo e colega, Me. Fabiano de Faveri, grande incentivador para o desenvolvimento desta pesquisa e também pelas suas contribuições, dicas, conhecimento e apoio no decorrer desta trajetória.

A minha amiga Ma. Priscila Tisott, que, mesmo me conhecendo tão pouco, me orientou em muitos momentos e contribuiu no desenvolvimento do meu projeto.

A minha amiga Regiane Almeida Link, que me inspirou para o tema e com quem aprendi muito sobre o alinhamento à estratégia institucional.

À instituição que desenvolvi a pesquisa, pela oportunidade de estar trabalhando nela há 15 anos, pela experiência que tenho em gestão e por ter me oportunizado flexibilidade para cursar o mestrado.

*"O planejamento não diz respeito a decisões futuras,
mas às implicações futuras de decisões presentes".*

Peter Drucker

RESUMO

O presente estudo é de enfoque qualitativo, vinculado à linha de pesquisa Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - nível Mestrado Profissional em Enfermagem. Possui como objetivo a elaboração de um planejamento estratégico participativo, buscando traduzir e alinhar a estratégia e a visão institucional ao Serviço de Enfermagem para a qualificação das unidades de trabalho que compõe a estrutura organizacional de um Hospital Privado na cidade de Caxias do Sul-Rio Grande do Sul. A pesquisa abrangeu a proposição de construir um planejamento estratégico para o serviço de enfermagem com a participação dos enfermeiros que compõe o serviço. As etapas da construção contemplaram a definição da missão, visão e valores que norteiam as práticas da enfermagem; o levantamento e análise de forças, fraquezas, ameaças e oportunidades que interferem no serviço de enfermagem; a construção do mapa estratégico do serviço utilizando-se o *Balanced Scorecard*; a descrição do negócio das unidades assistenciais e a construção do plano de ação. Participaram do estudo nove enfermeiros que compõe o serviço de enfermagem em funções assistenciais e administrativas. A coleta de dados foi realizada através da metodologia *Joint Application Design* que desenvolve o trabalho em grupo, envolvendo profissionais na discussão de um tema, produzindo soluções sinérgicas e uma forte confiança no sucesso da implementação do trabalho. A construção do trabalho ocorreu através de reuniões que foram gravadas, transcritas e, após, submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Desenvolveu-se a construção coletiva dos objetivos estratégicos definidos no mapa estratégico do serviço a partir do alinhamento à estratégia institucional e à análise das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, definidas a partir da análise dos cenários interno e externo. Foi realizada a descrição de negócios com base no modelo de Falconi (2004), das unidades de internação adulto e pediátrica, bloco cirúrgico, centro obstétrico, emergência, unidades de terapia intensiva adulto, neonatal e pediátrica e setor de diagnóstico por imagem. O plano de ação foi desenvolvido a partir dos objetivos estratégicos definidos e contemplou ações de educação e desenvolvimento das pessoas que compõe o serviço, satisfação e clima interno, inovação e atualização, processos de trabalho e gestão. O trabalho possibilitou o envolvimento e valorização dos profissionais enfermeiros na estruturação do serviço de enfermagem, promovendo maior participação, organização, credibilidade e visibilidade ao trabalho da enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Planejamento estratégico participativo. Serviço de enfermagem.

ABSTRACT

This study is a qualitative approach - linked to the line of research Health Care Nursing of the postgraduate studies Program of Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Professional Master's level in Nursing. Its objective is the development of a participatory strategic planning seeking to translate and align the strategy and the institutional vision to the Nursing Service for the qualification of the work units that make up the organizational structure of a Private Hospital in the city of Caxias do Sul – Rio Grande do Sul. The research covered the proposition to build a strategic planning for the nursing service with the participation of nurses who form the service. The stages of construction contemplated the definition of the mission, vision and values that guide the nursing practice; the survey and analysis of strengths, weaknesses, threats and opportunities that interfere in the nursing service; the construction of the strategic service map using the Balanced Scorecard; the business description of the care units and the construction of the action plan. Participated in the study nine nurses who make up the nursing service in assistential and administrative functions. The data collection was performed using the Joint Application Design methodology, which promotes group work involving professionals in the discussion of an issue producing synergistic solutions and a strong confidence in the successful implementation of the work. The construction of the plan took place through meetings that were recorded, transcribed and after subjected to content analysis proposed by Bardin (2011). It was developed, the collective construction of the strategic objectives defined in the strategic service map from the alignment with the corporate strategy and the analysis of strengths, weaknesses, opportunities and threats, defined from the analysis of internal and external scenarios. The business description was made based on the Falconi model (2004), of the adult inpatient units and pediatric, surgical block, obstetric center, emergency, adult, neonatal and pediatric intense care units and the diagnostic imaging sector. The action plan was developed from the defined strategic objectives and contemplated actions for the education and development of the people who make up the service, satisfaction and internal environment, innovation and updating, work processes and management. The work enabled the development and appreciation of the professional nurses in the structuring of the nursing service promoting greater organization, credibility and visibility to the nursing work.

Keywords: Nursing. Participatory planning strategic. Service of Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ferramenta <i>5W2H</i>	32
Quadro 2 - Matriz <i>SWOT</i>	38
Quadro 3 - Relação das áreas do Serviço de Enfermagem	64
Quadro 4 – Relação de enfermeiros participantes do estudo.....	66
Quadro 5 - Reuniões e atividades da construção do planejamento.....	70
Quadro 6 - Reuniões e principais evidências da construção do planejamento estratégico.....	77
Quadro 7 - Unidades de significação dos pilares que embasam o Serviço de Enfermagem.....	79
Quadro 8 - Unidades de significação da Matriz <i>SWOT</i>	92
Quadro 9 - Categorias e unidades de significação do mapa estratégico do serviço de enfermagem	127
Quadro 10 - Unidades de significação da descrição de negócios das áreas assistenciais.....	144
Quadro 11 - Unidades de significação do plano de ação do PE do Serviço de Enfermagem.....	154
Quadro 12 - Matriz <i>SWOT</i> do Serviço de Enfermagem	179
Quadro 13 - Mapa estratégico do Serviço de Enfermagem	180
Quadro 14 - Descrição de negócios das unidades assistenciais.....	181
Quadro 15 - Plano de Ações – Ferramenta <i>5W2H</i>	187

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 QUESTÃO DE PESQUISA.....	15
1.2 OBJETIVO GERAL	16
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4 META	16
1.5 JUSTIFICATIVA	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO ORIENTADOR	19
2.1 GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS	19
2.2 MODELOS DE GESTÃO E MODELOS DE REFERÊNCIA	21
2.2.1 Governança compartilhada	26
2.2.2 Qualidade Total	28
2.2.3 Planejamento estratégico e o <i>Balanced Scorecard</i>	33
2.3 GESTÃO DE SERVIÇO: COMPETÊNCIAS GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO.....	40
2.3.1 Gerenciamento em Enfermagem	43
2.3.2 Dimensão gerencial e assistencial no trabalho do enfermeiro	46
2.3.3 Dimensão assistencial e gerencial no trabalho da enfermagem: um desafio a ser superado	52
2.3.4 Gerência do cuidado	56
2.4 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COMO FERRAMENTA NA ENFERMAGEM	58
3 MÉTODO	60
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	60
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	62
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	66
3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão	66
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	68
3.4.1 Técnica de coleta de dados	69
3.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	72
4 ASPECTOS ÉTICOS	75

4.1 DIVULGAÇÃO.....	76
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
5.1 DEFINIÇÃO DE MISSÃO, VISÃO E VALORES DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM	79
5.2 CONSTRUÇÃO DA MATRIZ SWOT.....	92
5.3 CONSTRUÇÃO DO MAPA ESTRATÉGICO - SERVIÇO DE ENFERMAGEM .	127
5.4 DESCRIÇÃO DE NEGÓCIO DAS UNIDADES	144
5.5 CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	153
6 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM.....	177
CONCLUSÃO	196
REFERÊNCIAS.....	199
APÊNDICE A - Roteiro para realização das reuniões.....	207
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	209
ANEXO I - Organograma do Serviço de Enfermagem.....	210
ANEXO II - Termo de Ciência.....	212
ANEXO III - Descrição de Negócios, segundo Falconi (2004)	213

1 INTRODUÇÃO

Diante das transformações e avanços tecnológicos das organizações, incluindo as da saúde, exigiu-se dos gestores a busca de mais conhecimento, desenvolvimento de competências de gestão e planejamento nos processos de trabalho. Surgiram novas ferramentas gerenciais como: o planejamento estratégico, ferramentas da qualidade, definição de indicadores de gestão e desenvolvimento de liderança, profissionalizando e transformando as organizações da saúde em empresas com visão de negócio.

A competitividade crescente, a velocidade das transformações e o empreendedorismo permitem ao gestor propor projetos inovadores para a busca de novos e eficazes resultados e de novo desempenho individual e organizacional. Não é preciso ter uma grande ideia, mas sim uma ideia de grande resultado (FELDMAN; RUTHES; CUNHA, 2008).

Nos serviços de saúde, a enfermagem ocupa posição de destaque, pois nela está o maior número de pessoas que atuam nas organizações (CUNHA; XIMENES NETO, 2006). Neste contexto, o enfermeiro atua como profissional chave, visto que nele está a responsabilidade do gerenciamento do negócio que representa cada unidade de trabalho por meio da assistência prestada aos pacientes e também a responsabilidade pela gestão do maior contingente de pessoas.

Torna-se imprescindível quebrar paradigmas, (re)significar a função, repensar as metodologias de trabalho e qualificar a gestão, com foco e atenção do enfermeiro na assistência à beira do leito. O enfermeiro é o principal responsável pelo desenvolvimento e organização de um ambiente que potencialize a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A experiência pessoal como gerente assistencial em um hospital privado de Caxias do Sul oportunizou a identificação da diversidade e exigência dos processos de trabalho na enfermagem, o compromisso em manter um serviço estruturado, organizado e planejado, empenhado em qualificação e desenvolvimento. Para tanto alguns desafios se apresentam, tais como: mobilizar os enfermeiros (líderes do serviço) na partilha de responsabilidades do serviço de enfermagem; buscar maior participação dos líderes das áreas assistenciais no comprometimento com os resultados do trabalho; motivar um (re)pensar na integralidade da assistência de enfermagem e no papel gerencial dos enfermeiros nas unidades de trabalho.

Esses desafios provocaram inquietações gerenciais como: auxiliar o enfermeiro a desenvolver os aspectos que envolvem liderança de serviço, motivar a atuação do enfermeiro de forma proativa nas unidades de trabalho, reconhecendo-se como responsável pela gestão da unidade, da assistência e da equipe envolvida, correspondendo à necessidade do paciente e à expectativa da instituição.

Essas reflexões motivaram para um olhar diferente, transformador, que redirecionasse a equipe de enfermeiros para um enfoque maior de participação na definição e construção de uma nova gestão.

Para gerir bem o serviço de enfermagem, é primordial que os enfermeiros tenham o entendimento que cada setor de trabalho é uma unidade de negócio do hospital, uma vez que envolvem uma missão, visão, metas e objetivos, e apresentam dificuldades peculiares nos diferentes cenários que compreendem a organização, que envolvem a gestão e a assistência e, desta forma, precisam ser geridas através de planejamento e acompanhamento.

O exercício de uma liderança eficaz é fruto de um profissional que compreende sua responsabilidade, fazendo-o entender que é integrante de um processo importante e que suas ações repercutem no desempenho geral. Outra atribuição do líder é estimular a capacidade criativa individual levando à expansão das funções e dos campos de ação, afinando a sinergia do time (LOTTEMBERG, 2010).

A prerrogativa deste estudo foi de elaborar um planejamento estratégico participativo na gestão do serviço de enfermagem em um hospital privado do município de Caxias do Sul/RS a partir do desdobramento do planejamento estratégico institucional estabelecido, traduzindo e alinhando a estratégia e a visão institucional ao serviço de enfermagem. A intervenção possibilitou a (re)configuração do serviço no que tange a qualidade assistencial, focada na promoção do exercício profissional do enfermeiro. Desenvolveu-se um plano de ação que envolveu a equipe de enfermeiros para um novo posicionamento profissional, como gestores de negócio, onde os processos de trabalho fossem executados de forma a promover um cenário de qualidade para as atividades atribuídas à enfermagem.

1.1 QUESTÃO DE PESQUISA

Como o planejamento estratégico participativo pode gerar um plano de ações para a gestão de enfermagem, na perspectiva de traduzir e alinhar a estratégia e a visão institucional ao serviço de enfermagem?

1.2 OBJETIVO GERAL

Elaborar um planejamento estratégico participativo, buscando traduzir e alinhar a estratégia e a visão institucional ao serviço de enfermagem de um hospital privado na cidade de Caxias do Sul/RS.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) definir a missão, a visão e os valores essenciais do serviço de enfermagem alinhados à missão, visão e valores institucionais;
- b) identificar, por meio da análise *SWOT*, as necessidades assistenciais e administrativas das unidades de trabalho, com ênfase na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- c) construir o mapa estratégico, a partir da visão e estratégia do serviço, de acordo com a metodologia *BSC*, nas perspectivas financeira/sustentabilidade, de cliente, processos internos, aprendizado e crescimento;
- d) elaborar a descrição de negócio das unidades de trabalho do hospital como forma de identificar o processo que envolve a unidade, definir metas, estabelecer foco, identificar indicadores para medir resultados, integrando a administração e a prestação da assistência na gestão do serviço;
- e) elaborar um plano de ações, utilizando-se a ferramenta *5W2H*, com ênfase em transformar a estratégia em ação operacional.
- f) qualificar a assistência a partir da organização, planejamento e alinhamento do serviço de enfermagem à estratégia institucional.

1.4 META

Implantar o planejamento estratégico participativo, elaborado a partir do planejamento estratégico institucional, como forma de alinhar à estratégia de gestão

do serviço de enfermagem às estratégias institucionais. Atingir maior qualificação do serviço a partir do planejamento e execução das ações propostas e aumentar a motivação dos enfermeiros proporcionando maior participação na gestão do serviço. O planejamento estratégico participativo no serviço possibilita readequação das áreas assistenciais com ênfase nos processos de trabalhos assistenciais e administrativos, e está alinhado à estratégia, a visão e às metas da instituição.

1.5 JUSTIFICATIVA

Para acompanhar o desenvolvimento e a transformação dos serviços, para se atualizar e enfrentar as mudanças com força e energia, torna-se necessário rever modelos, planejar novas ações e compor novos projetos dentro dos serviços, para que atinjam o objetivo proposto e acompanhe a evolução da humanidade.

O fortalecimento da prática de enfermagem perpassa por um modelo de gestão mais participativo que promova o domínio da prática e consolide as ações executadas em assistência de qualidade e gestão adequada dos recursos utilizados para alcançar este objetivo.

Desta forma, discutir, analisar e replanejar sistemas de gestão do serviço e metodologias de trabalho da enfermagem torna-se imprescindível para a construção de uma nova identidade profissional em uma instituição.

É uma tarefa que se apresenta complexa porque exige o envolvimento e o comprometimento de todos os membros que compõe o serviço, além do entendimento e aceitação da alta administração da instituição, reconhecendo o serviço de enfermagem como estratégico, dentro do negócio, e promissor de mudanças e inovações na organização.

O trabalho participativo da elaboração do plano estratégico, bem como a utilização das ferramentas administrativas como: análise de *SWOT*, metodologia BSC, descrição de negócio e estabelecimento de metas e indicadores e plano de ação irão corroborar para o incremento na gestão das unidades de trabalho, possibilitando uma visão mais estreita da gestão com o envolvimento dos enfermeiros do hospital.

A consonância do planejamento estratégico institucional e o seu desdobramento entre os departamentos que compõe a estrutura organizacional é o fator que determinará o alinhamento e a direção de todos em busca dos objetivos e resultados estratégicos institucionais.

O trabalho desenvolvido justificou-se pela busca de organização, qualificação e visibilidade ao trabalho da enfermagem, alicerçando-o em um serviço estruturado e fundamentado em um planejamento estratégico participativo, utilizando-se de ferramentas gerenciais que possibilitem alcançar satisfação, credibilidade e segurança à assistência prestada e melhorando a motivação dos profissionais através da promoção de maior envolvimento na gestão do serviço.

2 REFERENCIAL TEÓRICO ORIENTADOR

A partir do início do século XX até os dias atuais, o que se vê é a evolução contínua dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento da assistência prestada aos doentes, a profissionalização e especialização dos profissionais que realizam essa assistência, as inovações tecnológicas que fomentam a exploração do conhecimento científico e o surgimento de novas técnicas e possibilidades de tratamento (LUONGO et al., 2011).

2.1 GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

A saúde é reconhecida como um pilar na vida das pessoas. É através da saúde que se sustenta o bem estar e a segurança de vida de uma população. O mundo contemporâneo desafia gestores de serviços públicos e privados que promovem ou recuperam a saúde das pessoas a estabelecer sistemas de gestão que produzam os quatro princípios do Sistema Único de Saúde: igualdade, universalidade, equidade e qualidade.

A saúde é um direito social, sendo assim, deve ser usufruído por toda a população. Nesse sentido, a saúde deve ser administrada e vista como um negócio, um empreendimento que não pode ir à falência. O desafio é gerenciar um negócio sem perder de vista que a finalidade dele é atender um ser humano (LOTTEMBERG, 2010).

Lottemberg (2010) afirma que na área da saúde costuma-se viver em um mundo com ilhas, onde cada parte trabalha de forma isolada, dissociada, embora o cliente seja comum: o paciente, é nele que se deve colocar foco. Nesta perspectiva é importante reconhecer a gestão da saúde como um sistema integrado, que sofre interferências tanto de políticas públicas como privadas, bem como o desafio de equacionar recursos para garantir a assistência de que as pessoas precisam.

Para Lottemberg (2010) gerir saúde envolve a análise das necessidades do paciente e dos diferentes insumos que, à luz da qualidade, possam agregar real valor à uma prática assistencial. A gestão é a raiz. E um dos frutos de sua dinâmica é a sustentabilidade em razão da maior eficiência na utilização dos recursos, ter bons resultados não depende somente de verbas, é preciso ter organização. Para o autor, tanto uma empresa pública quanto privada só funciona bem quando planeja,

estabelece metas e papéis e cobra resultados e atuações. Cada unidade da empresa deve contemplar conceitos gerais e institucionais e finalidades específicas de sua atuação para o resultado final, com a implementação de uma metodologia de indicadores, dentre eles os de custos, evidenciando assim a importância e a necessidade de cada unidade que compõe uma empresa, sendo considerada uma unidade de negócio.

Falconi (2004) defende que o gerenciamento depende de monitoramento dos resultados. Para o autor (2004) o gerente tem um negócio dentro da empresa e, como presidente deste negócio, deve ter autoridade sobre todos os meios colocados à sua disposição e deve assumir responsabilidade pelos resultados do negócio.

A descrição do negócio (Anexo III) envolve identificar os fornecedores, os insumos, definir o negócio através da missão, visão, pessoas envolvidas e equipamentos necessários para viabilizá-lo, identificar os produtos e os clientes. Assumir responsabilidade é cumprir as metas estabelecidas pelas pessoas (clientes, acionistas, empregados, vizinhos). O negócio será sempre um conjunto de processos (FALCONI, 2004).

As instituições de atendimento à saúde são especialmente vulneráveis às forças sociais, econômicas e políticas internas. Em consequência disso, os administradores devem planejar ao longo prazo e precisam abordar a maneira como essas forças podem mudar e interferir no negócio. É necessário que os planos de longo prazo sejam flexíveis, possibilitando mudanças à medida que forças externas causem impactos na instituição (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Nesse sentido, os autores ressaltam ainda que, devido às mudanças de paradigma e às tendências que influenciam o atendimento de saúde, o mesmo deve estar sempre em transformação, destacando-se a necessidade de utilizar uma abordagem ampla à coleta de informações no processo de planejamento estratégico, indo em busca de um processo visionário e participativo.

Ao longo do tempo, as organizações e serviços de saúde vêm passando por transformações importantes no que tange ao reconhecimento da administração, da visão de negócio e do preparo e profissionalização dos profissionais para administrar este negócio. O assistencialismo e o vínculo da saúde com instituições religiosas atrasaram muito esta evolução e a área da saúde apresentou um atraso significativo na evolução da gestão e administração dos serviços com visão de negócio.

Nos últimos tempos este cenário vem apresentando significativa velocidade de transformação e identifica-se a área da saúde pública e privada, sendo planejada e administrada com foco em desempenho de excelência e sustentabilidade financeira.

2.2 MODELOS DE GESTÃO E MODELOS DE REFERÊNCIA

Falconi (2004) defende que uma empresa para sobreviver à guerra comercial numa economia globalizada, tem que atingir metas rigorosas. Reforça que não se atingem metas sem que se façam mudanças. Para tanto, aborda que o processo de gestão é gerador de mudanças e, sendo assim, ocorre que na maioria das vezes as pessoas que compõe o serviço tornam-se resistentes à essas mudanças. O papel do líder gerente, diante deste cenário seria o de compreender esta situação, conduzindo as pessoas sob sua autoridade para as mudanças necessárias para enfrentar uma economia globalizada e garantir sobrevivência da empresa e dos empregos.

Marquis e Huston (2010) relatam que à medida que a organização busca renovar antigas estruturas burocráticas, pode abrir caminho para uma maior participação dos funcionários no comando da organização. Geram-se ideias e raciocínio criativo para a solução de problemas organizacionais ou aperfeiçoamento dos serviços e, conseqüentemente, melhoram a qualidade e a produtividade do trabalho realizado. Além disto, são capazes de reunir habilidades e conhecimentos específicos, ajudando a reduzir a resistência às mudanças.

Salu (2013) defende que é obrigação da administração hospitalar delimitar a responsabilidade e as metas para que a assistência ao paciente seja prestada adequadamente por todos. É um diferencial competitivo da administração hospitalar disseminar a importância do papel de cada um no contexto para que, de forma integrada, consiga executar suas atividades com menor esforço e maior eficiência, propiciando que os líderes possam representar livremente a representação que, de fato, têm nos seus grupos.

As atividades hospitalares, sobretudo as assistenciais, raramente iniciam e terminam na mesma área ou são realizados por uma só pessoa. É presente em hospitais o conceito de que um depende do outro, porque, na verdade, uma atividade não existe sem a outra (SALU, 2013).

Bork (2011) relata que a história mostra que cada época desenvolveu um tipo específico de gestão, em decorrência de um cenário econômico, político e tecnológico.

Desde a Revolução Agrícola até o contemporâneo modelo econômico, as organizações produtivas procedem mudanças em sua filosofia gerencial e organizacional, visando melhores condições de sobreviver e competir nos contextos sócio-político-econômicos a que estão inseridas. Os modelos de gestão utilizados nas empresas estão, assim, condicionados às realidades ambientais. Por essa razão, em cada período histórico, predominam certos padrões gerenciais, que são complementados ou questionados por conceitos subsequentes que incorporam novas variáveis extraídas da prática das empresas.

A exaustão dos modelos tradicionais de gestão cedeu espaço ao desenvolvimento de abordagens e práticas que contribuíram para a melhoria da capacitação gerencial das empresas. A sistematização desse conjunto de práticas em uma estrutura formal pode ser apontada como “os novos modelos gerenciais”. Assim, durante a era da qualidade e competitividade, implementaram-se novos modelos de gestão, como a administração participativa (BORK, 2011).

Os modelos de gestão pautados em participação incentivam o trabalho em equipe, promovem autonomia, inovação, domínio da prática, flexibilidade, motivação e responsabilização pelos resultados.

Entretanto, um modelo participativo de gestão pressupõe: planejamento, organização e qualidade diante da necessidade de mensurar os resultados, avaliando parâmetros econômicos, de produtividade, agilidade e segurança na execução dos processos, nível de satisfação interna e do cliente, resultando em melhores práticas comprovadamente eficazes.

No cenário contemporâneo, vêm ocorrendo mudanças cada vez mais dinâmicas no ambiente empresarial, no mercado de trabalho, na sociedade e nas organizações de saúde. Estas mudanças resultam de novos modelos de gestão que estão sendo buscados pelos administradores, tais como: a gestão da qualidade, principalmente com a chegada das creditações e certificações que têm sido, muitas vezes, condição *sine qua non* de sobrevivência de uma instituição nesse mercado cada vez mais competitivo; da apropriação de ferramentas de gestão utilizadas nas indústrias, como o *Balanced ScoreCard (BSC)* e *Failure Mode and Effects e da Analysis (FMEA)* e da economia globalizada, que permite a comunicação com qualquer pessoa, a qualquer hora, em qualquer parte do mundo, facilitando a negociação de novos produtos e insumos de melhor qualidade e menor custo, bem

como a sofisticação e crescente difusão de novas tecnologias com menor preço e maior resolutividade (MALAGUTTI; CAETANO, 2010).

Os autores (2010) consideram que esses fatores têm levado as organizações de saúde a modificarem suas estruturas muitas vezes hierarquizadas e burocráticas para outras mais flexíveis, com poucos níveis hierárquicos, nas quais a tomada de decisão é compartilhada com membros da equipe e torna-se mais próxima do cliente. O trabalho individual migra para o trabalho em grupo com a formação de times de trabalho, ocorrendo, ainda, a delegação das atribuições, que torna o gerenciamento participativo e sensibiliza os colaboradores para que atinjam as metas estabelecidas nos planejamentos estratégico, tático e operacional.

Na área da enfermagem, Magalhães e Duarte (2004) comentam que a gestão dos serviços de enfermagem teve forte influência das teorias tradicionais de Administração na organização de seus processos de trabalho. As práticas gerenciais da enfermagem apontam para a identificação com pressupostos clássicos da Administração, com uma prática baseada na centralização do poder, no controle, na impessoalidade das relações e ênfase do seu trabalho em atividades administrativas burocráticas.

Nesse sentido, os enfermeiros, segundo Jorge et al. (2007), receberam influências de correntes administrativas tradicionalistas e para tanto, encontram-se fortemente impregnadas em suas ações no contexto de trabalho. Além disso, essa visão é identificada ainda na formação acadêmica e a sedimentação no mercado de trabalho. O enfermeiro ao desempenhar atividades rotineiras, em decorrência da acomodação a esse modelo tradicional, se mantém obediente, submisso, sofrendo e suportando pressões de toda ordem.

O resultado deste cenário é um trabalho ainda marcado pela alienação do trabalhador ao objeto do trabalho, o paciente, decorrente da fragmentação do trabalho e da realização de tarefas de forma repetitiva, além de normatização e impessoalidade nas relações. Isto tem contribuído para a limitação da criatividade e da iniciativa, além de gerar insatisfação, descompromisso dos profissionais e baixa produtividade (MAGALHÃES; DUARTE, 2004).

A influência que a gestão dos serviços atualmente ainda sofre das Teorias Clássicas da Administração, da formação até às práticas do mercado de trabalho, consolidam modelos arcaicos entre os profissionais e os mantêm em processos

engessados, pautados no poder, na produtividade e na divisão do trabalho. A ênfase maior é na produção e não nas pessoas que a executam (JORGE et al., 2007).

Esse modelo é gerador de prejuízos sérios (pouco envolvimento, valorização e motivação dos profissionais envolvidos nos processos de trabalho) quando atualmente se discute a importância e a eficácia de novos modelos de gestão, com uma ênfase maior nas pessoas que executam o trabalho, proporcionando envolvimento e valorização do capital humano.

A prática gerencial do enfermeiro vem evoluindo e sofrendo transformações na tentativa de se adaptar às novas exigências apresentadas na sociedade contemporânea no que tange a maior competitividade e maior exigência dos usuários por qualidade e conveniência (MALAGUTTI; CAETANO, 2010).

Surgem modelos de gestão com características inovadoras: a horizontalização das relações, a redução dos níveis hierárquicos e o melhor fluxo de comunicação entre os sujeitos da equipe de enfermagem, retratando a troca de experiência entre profissionais de diferentes turnos de trabalho, possibilitando a tomada de decisão conjunta (JORGE et al., 2007).

Magalhães e Duarte (2004) citam que a busca por novas formas de gestão torna necessária a incorporação de novos conhecimentos e habilidades, sintonizados a uma prática administrativa mais aberta, mais flexível e participativa, fundamentada não só na razão, mas também na sensibilidade e na intuição. Uma tendência atual, que busca a quebra destes paradigmas tradicionais de administração é a ênfase no capital humano das organizações.

Marquis e Huston (2010) definem capital humano como habilidades, capacidades e conhecimentos coletivos de um grupo. Jones (2006 *apud* Marquis; Huston, 2010), sugere que o capital humano pode ser encarado de uma perspectiva individual ou organizacional, onde na perspectiva individual, esse capital inclui os conhecimentos e habilidades decorrentes da formação, treinamento e experiência, enquanto que na perspectiva organizacional, refere-se aos conhecimentos e experiências coletivas de um grupo.

Magalhães e Duarte (2004) afirmam que o setor de saúde e os serviços de enfermagem são áreas que trabalham essencialmente com pessoas e para as pessoas, de uma forma intensa, onde a realização do trabalho (atendimento) ocorre junto à interação dos profissionais e seus usuários. O desenvolvimento de organizações de aprendizagem visa à gestão do conhecimento que pertence ao seu

capital humano, aumentando seu desempenho através da capacidade de aprender das pessoas da própria organização, em todos os seus níveis.

Buscar estratégias para desenvolver capital humano e criar organizações de aprendizagem - através de um raciocínio sistêmico, entendendo que os trabalhos realizados pelo homem são sistemas interligados de ações relacionadas entre si e que levam anos para se desenvolver plenamente, mas que são duradouras - são caminhos a serem construídos pela enfermagem para acompanhar a evolução do conhecimento e para atingir as transformações necessárias em nossa prática (MAGALHÃES; DUARTE, 2004).

Existe a necessidade de transformação do paradigma gerencial adotado nos serviços de enfermagem, de uma visão burocrática, individualista, hierárquica para a adoção de uma postura mais participativa, flexível, centrada na dimensão coletiva, sem deixar de valorizar o potencial humano (JORGE et al., 2007).

Para que haja participação e compromisso profissional, é necessário ao gestor investir no potencial de sua equipe, valorizando suas opiniões, ouvindo suas críticas e direcionando suas energias para atividades que desenvolvam suas reais habilidades, elas não querem ser apenas parte de uma engrenagem, mas pessoas ativas e participantes do processo de trabalho e dos processos decisórios (JORGE et al., 2007).

Para definir um modelo de gestão é necessário investir nas pessoas, estabelecer metas e desenvolver um planejamento. Estabelecer com clareza onde se quer chegar, levantar informações sobre o tema em questão, verificar as causas que estão impedindo de alcançar o resultado e propor ações. É necessário planejar, executar o plano de ação, verificar se o plano deu o resultado esperado, caso tenha dado certo é importante padronizar, caso não tenha dado certo é necessário aprofundar-se no levantamento de informação e análise e replanejar (FALCONI, 2004).

Planejamento não é panaceia, mas ajuda na gestão e ajuda na busca da excelência também. Com ele, podem-se evitar problemas de retrabalho, desperdícios e outras anomalias gerenciais que contribuem em direção oposta à qualidade (BURMESTER, 2013).

É necessário (re)pensar, à medida que ainda se evidencia processos de trabalho estruturados e transformados apenas por gestores dos serviços, sem envolvimento e participação dos trabalhadores da linha de frente que têm um alto

conhecimento do trabalho e de suas particularidades, os quais podem contribuir fortemente em processos mais eficazes e mais limpos. Além disto, o ganho em motivação e comprometimento é esperado diante de todos se sentirem responsáveis pelo processo e pelo sucesso dele.

2.2.1 Governança compartilhada

O termo governança refere-se às atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente estabelecidas e não dependem necessariamente do poder de autoridade para que sejam aceitas e vençam resistências (SANTOS et al., 2013b).

Santos et al. (2013b) definem que um dos princípios da governança é a participação e o envolvimento dos profissionais nos processos de gestão e tomada de decisão nas organizações e nos serviços de saúde, os quais devem estar tão comprometidos quanto os gestores com os resultados assistenciais a serem alcançados. A ampliação da participação dos enfermeiros nos processos de governança em saúde, como coordenadores do cuidado advogam para que os pacientes recebam uma assistência segura e de qualidade.

O conceito de governança compartilhada surgiu na enfermagem norte americana na década de 80 e é considerada como um modelo de gestão projetado para promover o controle dos enfermeiros sobre sua prática e o ambiente no qual ela é realizada. Representa uma ruptura radical com os modelos de gestão tradicional, em que os enfermeiros tinham pouco poder nas estruturas formais hierárquicas, as quais criam barreiras entre os profissionais que realizam a assistência e aqueles que exercem atividades gerenciais em uma organização hospitalar (SANTOS et al., 2013b).

A governança compartilhada preconiza que o poder dos gerentes e gestores hospitalares deve ser compartilhado com os profissionais responsáveis pela prática assistencial e não exercido sobre eles, como tradicionalmente ocorre. Esse processo de decisão deve ser coletivo e com discussão até se chegar a um consenso (SANTOS et al., 2013b).

Santos et al. (2013b) comentam que uma das formas de operacionalização da governança compartilhada ocorre por meio do estabelecimento de Unidades de Controle da Prática, que têm como objetivo conferir voz aos profissionais da linha de

frente nos processos de decisão relacionados à prática assistencial. Para o sucesso da implementação, é importante que os enfermeiros conheçam suas atribuições na organização, bem como a missão e os valores da instituição.

Dentre os benefícios deste modelo destacam-se: melhoria da qualidade assistencial, criação e manutenção de uma rede de comunicação entre os gerentes e os profissionais da linha de frente do cuidado, promoção da liderança do enfermeiro, maior autonomia dos enfermeiros nos processos decisórios, maior satisfação profissional com diminuição da rotatividade entre os enfermeiros, maior reconhecimento e visibilidade profissional do enfermeiro e diminuição de custos assistenciais (SANTOS et al., 2013b).

Na administração compartilhada em serviços de saúde, o comando da organização é repartido entre os membros do conselho de diretores, enfermeiros, médicos e administradores. Ocorre alteração nos canais de tomada de decisão e comunicação. A administração compartilhada fortalece quem decide, conseqüentemente fortalece a autoridade dos enfermeiros e o controle sobre sua prática, este modelo pode ser aplicado através de comitês ou conselhos eleitos na estrutura organizacional, contemplando profissionais ligados à gestão e a operacionalização do trabalho (MARQUIS; HUSTON, 2010).

A dimensão coletiva pode estar representada sob vários aspectos, através da participação e do compromisso de todos na resolução de conflitos, com a gestão colegiada, em que as decisões são tomadas a partir de reuniões estabelecidas para discutir coletivamente o processo de trabalho e estabelecer responsabilidade compartilhada (JORGE et al., 2007). Os autores (2007) defendem a participação das pessoas envolvidas no processo de trabalho para uma gestão compartilhada, uma forma de compartilhar as decisões e envolver as pessoas nas suas práticas de trabalho e no ambiente em que elas ocorrem. Destacam-se vários benefícios principalmente no que diz respeito à autonomia e satisfação dos profissionais e melhora dos processos de trabalho.

Marquis e Huston (2010), mencionam que o desafio para a implementação de uma gestão compartilhada é a relutância dos administradores em modificar seus papéis. O papel do enfermeiro administrador passa a ser de consultor, professor, colaborador e criador de um ambiente com as estruturas e os recursos necessários à prática da enfermagem e a tomada de decisão compartilhada entre enfermeiros em

geral e a organização. A administração compartilhada requer um comprometimento substancial e de longo prazo por parte dos funcionários e organização.

Há o consenso entre os autores citados de que os novos modelos de gestão visam flexibilidade, abertura e envolvimento das pessoas que executam o trabalho nas decisões e nas mudanças propostas para proporcionar a valorização do capital humano e do compartilhamento da gestão. Que as organizações possam evoluir com maior êxito nas transformações do mundo do trabalho e nas necessidades de cuidado dos indivíduos.

2.2.2 Qualidade total

Os hospitais enfrentam problemas relacionados com competitividade e concorrência dos serviços no mercado. Por isso, precisam trabalhar com conceitos ligados à administração estratégica, elaborando planos para manter vantagens. Uma das estratégias desse planejamento é a administração focada na qualidade.

Ao se falar em qualidade em saúde, não se pode deixar de citar a atuação da enfermeira inglesa *Florence Nightingale*, que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, em 1854, durante a Guerra da Criméia, baseando-se em dados estatísticos.

Na trajetória da evolução da qualidade, na sua fase inicial ressaltava-se a inspeção do produto; na fase de controle da qualidade já haviam preocupações com os custos do produto e com os possíveis defeitos que poderiam gerar reclamações, estabelecendo-se medidas eficazes para se atingir padrões desejáveis. Numa etapa subsequente, surge a garantia da qualidade, na qual não era suficiente que o produto estivesse em conformidade com o projeto, mas também deveria atender às necessidades do usuário. Por essa ótica, as ações corretivas, a prevenção, atingiam a causa do problema e não as suas consequências (KURCGANT, 2010).

E finalmente, desponta o emprego da qualidade total, momento em que a responsabilidade passa a ser partilhada por todos os envolvidos no trabalho, tendo como foco central as pessoas (usuários), atendendo à questão da qualidade na área de serviços, intensificando-se a busca por mudanças, tanto comportamental como cultural dos indivíduos envolvidos no processo, objetivando, assim, a satisfação do usuário (KURCGANT, 2010).

Desde então, o crescente avanço das tecnologias disponíveis e a necessidade de atender e superar as expectativas dos clientes de forma sustentável e segura têm levado as empresas a buscarem por programas de qualidade, objetivando a estruturação de um programa gerencial sistêmico, com foco no cliente, liderança e envolvimento dos colaboradores, utilização de indicadores, com monitoramento e avaliações constantes (ALVES, 2012).

No mundo moderno, o hospital deve ser considerado uma empresa, onde a qualidade total deve ser vista como única estratégia para o sucesso e, em decorrência disso, criam-se conceitos de gerência estratégica, planejamento estratégico, reengenharia de processos, administração por políticas para gerir instituições de saúde confiáveis e capazes de responder às crescentes expectativas geradas pelo indivíduo que precisa garantir sua saúde, já que os países exigem desenvolvimento progressivo, para o qual o indivíduo sadio é um fator determinante (LONDOÑO; MORERA; LAVERDE, 2014).

Diante dessas considerações, sugere-se que os “programas de qualidade” em hospitais sejam transformados em estímulo à melhoria contínua dos serviços por meio da adoção de modelos de gestão e assistencial definidos. De modo geral, os hospitais têm seus modelos assistenciais bem definidos, ficando a dificuldade na questão gerencial (BURMESTER, 2013).

O autor (2013) aborda que a gestão hospitalar tende a seguir o que poderia ser chamado de “modelo médico de gestão”, em virtude do poder hegemônico da categoria nas instituições de saúde. O modelo de gestão hospitalar possui a tendência de seguir uma lógica administrativa e não médica. Um dogma central da teoria da melhoria da qualidade (ou da falta dela) refere-se ao fato de não ser feita por pessoas ou equipamentos, mas por processos bem administrados.

A excelência vem da aplicação da teoria administrativa bem fundamentada em práticas e experimentações coerentes; da aplicação de uma técnica definida que gerencie os processos organizacionais. A qualidade médica na assistência hospitalar vem da correta aplicação da técnica e da arte médicas; a gerencial vem da correta aplicação da técnica e da arte administrativa na gestão dos processos assistenciais médicos e administrativos. Os processos médicos também precisam ser gerenciados. O equilíbrio entre as duas trará a excelência na assistência hospitalar (BURMESTER, 2013).

A implementação de ações e programas, no intuito de garantir qualidade, é uma necessidade na busca da eficiência e um dever do ponto de vista ético e moral para com os usuários e trabalhadores. Toda instituição cuja missão essencial é assistir o ser humano deve preocupar-se com a melhoria constante no atendimento, de tal maneira que atinja uma relação harmônica das áreas administrativa, tecnológica, econômica, assistencial, de ensino e pesquisa (KURCGANT, 2010).

Luongo et al. (2011) citam que a instituição deve enfatizar a qualidade, buscando fornecer um serviço com padrão de excelência que seja significativamente maior do que a qualidade dos serviços prestados por seus concorrentes, garantindo a competitividade e seu espaço no mercado. Dessa forma, a instituição precisa investir em padrões que mantenham a qualidade. Além disso, a instituição deve manter-se atualizada em relação às novas normas técnicas, procedimentos e instrumentos tecnológicos. Para tanto, há normas e padronizações estabelecidas por empresas que emitem certificações de qualidade.

Em 1997, visando o alcance da qualidade, o Ministério da Saúde iniciou um programa, denominado Acreditação Hospitalar, que é um método de consenso, racionalização e ordenação dos hospitais. Esse programa, de cunho voluntário, pressupõe uma ação proativa das organizações em apresentar à população, autoridades sanitárias e fornecedores/consumidores de serviços de saúde um padrão de qualidade compatível com uma referência externa (KURCGANT, 2010).

Atualmente, no Brasil, três organizações destacam-se por disponibilizarem elementos capazes de monitorar a qualidade nos estabelecimentos de saúde: a Organização Nacional de Acreditação (ONA), ligada ao Ministério da Saúde, a norte americana *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* e a canadense *Canadian Council on Health Services Accreditation* (KURCGANT, 2010).

A gestão da qualidade e a capacidade de inovação são grandes diferenciais entre instituições do mundo todo. Os programas nesta área no setor de saúde, tratam de conjuntos de medidas que permitem mensurações para atingir uma melhor performance, que são reconhecidos como processos de certificação e acreditação. O alvo é a qualidade no serviço prestado ao cliente, dentro de critérios que reflitam esta qualidade em saúde (LOTTEMBERG, 2010). Para o autor (2010), uma das grandes virtudes da acreditação para a gestão é utilizar os seus indicadores para avaliar a integração de todos os insumos de um serviço ou instituição, como: hotelaria,

condições do maquinário, protocolos de atendimentos, segurança, dentro de uma performance que possa ser medida.

Para Malagutti e Caetano (2010), a introdução oficial de programas de certificação e acreditação da qualidade hospitalar no setor da saúde brasileiro, afetou os paradigmas da enfermagem. Os profissionais da enfermagem começaram a perceber, até por força de mercado, a necessidade da ampliação da visão administrativa e do conjunto de conhecimentos necessários para a efetiva gestão das instituições de saúde. O entendimento do ambiente externo (mercado) e interno (organização), da macroestrutura e da microestrutura passa a ser relevante para se exercer um estilo de administração em que predominam o pensamento estratégico e a gestão dos processos.

A qualidade medida pela acreditação difere daquela que é tradicionalmente observada pelos clientes. Em geral os clientes avaliam aspectos relacionados à hotelaria, apresentação, clima de hospitalidade, atendimento diferenciado, pontualidade, condições do maquinário e limpeza. Porém, estes itens não são àqueles que determinam a performance de uma instituição. Partindo da premissa de qualidade em saúde, o que deve ser observado como diferencial são as taxas de permanência, os índices de infecção hospitalar, os erros de medicação mais frequentes, as taxas de quedas (LOTTEMBERG, 2010).

Alves (2012) conceitua as ferramentas da qualidade como as técnicas utilizadas para definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho. Não há uma regra que defina qual a melhor ferramenta a ser utilizada. Para que isso ocorra, é necessário conhecer o processo envolvido e identificar o problema a ser abordado, pois cada ferramenta apresenta as suas funcionalidades e especificidades.

Couto e Pedrosa (2007) afirmam que o gerenciamento para a qualidade adota técnicas de resolução de problemas, conhecidas genericamente como ferramentas da qualidade, que possuem uma notável aplicação na identificação e no diagnóstico de problemas e medição das melhorias alcançadas.

Burmester (2013) explica que a ferramenta da qualidade conhecida como *5W2H*, é uma ferramenta utilizada para planejar a implementação de solução por meio de respostas às seguintes questões, descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Ferramenta 5W2H

O QUE?	QUANDO?	POR QUE?	COMO?	ONDE?	QUEM?	QUANTO?
Qual ação será desenvolvida?	Quando será desenvolvida?	Por que foi definida esta ação?	Como a ação será desenvolvida?	Onde será realizada a ação?	Quem será o responsável pela execução?	Quanto será gasto para executar?

Fonte: Burmester (2013).

Burmester (2013) comenta que ao utilizar essa ferramenta pode-se visualizar a solução adequada de um problema, com possibilidades de acompanhamento da execução de uma ação. Ressalta ainda, que é importante que, quando usar essa ferramenta, se defina exatamente a ação a ser implementada. Uma variante desta técnica é a dos cinco “por quês” cuja proposta é encontrar a resposta para o problema ao final de cinco perguntas “por que” feitas em sequência, após cada resposta.

Para Marquis e Huston (2010), o controle de qualidade oportuniza aos administradores avaliar o desempenho da empresa a partir de uma perspectiva sistemática, científica e objetiva. Para tanto é preciso determinar os padrões a serem usados para medir o atendimento de qualidade nas unidades e elaborar e implementar programas de controle de qualidade que meçam os resultados em relação àqueles padrões.

É necessário ampliar o conhecimento e participação do usuário no atendimento à saúde e equacionar a percepção que eles têm sobre a qualidade do próprio atendimento e a real qualidade oferecida.

No serviço de enfermagem, a gestão da qualidade da assistência volta-se para a prática profissional fundamentada no conjunto de conhecimento da enfermagem, nas habilidades, nas crenças e valores individuais, profissionais e institucionais (KURCGANT, 2010).

Kurcgant (2010) enfatiza que as ferramentas de aferibilidade, tais como padrões, critérios e indicadores, são importantes instrumentos empregados no processo de trabalho dos profissionais de saúde, considerando-se tanto a dimensão qualitativa como a quantitativa. Reforça que, independentemente dos tipos de programas adotados, os indicadores devem ser capazes de melhorar a assistência ao usuário, fortalecer a confiança da clientela, atender às exigências de órgãos financiadores, reduzir custos e atrair e estimular o envolvimento dos profissionais. A autora (2010) considera a importância de elaborar indicadores passíveis de serem estudados e comparados, no âmbito do gerenciamento do serviço de enfermagem,

com padrões internos e externos à instituição. Dessa forma, avalia que se pode implementar instrumentos reguladores da qualidade da assistência de enfermagem, baseados em componentes de estrutura, de processo e de resultado, considerando os padrões e critérios de uma dada realidade.

À medida que o enfermeiro incorpora a avaliação de indicadores do serviço, conseguem ampliar a visão e entender melhor as interferências do sistema nos resultados, procurando, assim, se envolver mais estrategicamente na estrutura institucional que envolve o serviço pelo qual é responsável.

Outros aspectos a serem considerados para o alcance da qualidade na assistência de enfermagem referem-se ao quantitativo de recursos humanos, à qualificação de seus profissionais, à motivação no trabalho, à remuneração salarial, entre outros. No caminho que leva à qualidade, envolver os recursos humanos da instituição é essencial, devendo-se criar espírito de grupo e proporcionar estratégias que conduzam as pessoas a trabalharem com maior entusiasmo, criatividade e motivação (KURCGANT, 2010).

Para Malagutti e Caetano (2010), a atuação do enfermeiro frente aos indicadores sensíveis à enfermagem, quando bem gerenciados, impacta drasticamente na satisfação do cliente atendido e nos parâmetros de qualidade assistencial.

2.2.3 Planejamento estratégico e o *Balanced Scorecard*

Planejamento é um processo pró-ativo e deliberado que reduz riscos e incertezas. Estimula a definição de metas e direciona o gasto de energia dos recursos humanos e financeiros, conduzindo aos objetivos da organização. Propicia ao administrador, meios de controle e estimula para o uso mais adequado de recursos (MARQUIS; HUSTON, 2010). Para eles (2010), é um processo dinâmico que requer habilidades de liderança como visão, criatividade, flexibilidade e energia para direcionar ações de acordo com mudanças que possam surgir no decorrer do processo que procede ao planejamento, orientando assim que cada unidade continue a busca pelo atingimento das metas definidas.

Burmester (2013) coloca que em ambiente competitivo, a falta de planejamento diminui as chances de chegar em algum lugar, e a possibilidade de ir à falência é muito grande. Entretanto, não se deve fazer planejamento por fazer, é

importante saber praticá-lo. É preciso entender a importância da cultura organizacional, aceitar o planejamento e reconhecer a visão estratégica, que permite à organização orientar seu futuro, saber aonde quer chegar e orientar a ação nessa direção

O planejamento estratégico concentra-se na finalidade, na missão, na filosofia e nas metas relativas ao ambiente organizacional externo. Dessa forma, uma das ferramentas que auxiliam o planejamento é a Análise *SWOT* (*Strengths* = forças, *Weaknesses* = fraquezas, *Opportunities* = oportunidades e *Threats* = ameaças) que é a identificação de pontos fortes e fraquezas no ambiente interno e de oportunidades e ameaças no ambiente externo; permitindo aos planejadores de estratégias, a identificação de questões que causarão maior impacto na organização e possibilitando assim o desenvolvimento de um plano de ações apropriado (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Marquis e Huston (2010) citam também o *Balanced Scorecard* (BSC) que orienta os planejadores de estratégias a desenvolverem indicadores de medida do desempenho, coleta e análise de dados a partir de quatro perspectivas organizacionais: financeira, de consumidores, de processos internos de negociação e de aprendizagem e crescimento. Isso evita a ênfase exagerada em resultados financeiros ao passo que todas as medidas são consideradas relacionadas e levam a resultados em equilíbrio.

Chiavenato (2014) esclarece que no BSC a perspectiva financeira envolve indicadores financeiros que informam se a estratégia empresarial e sua implementação e execução estão contribuindo para a melhoria do resultado financeiro; a perspectiva do cliente envolve o atendimento ao cliente que é traduzido em medidas específicas sob critérios de qualidade, custo, atendimento e garantias, bem como satisfação do cliente, sua captação e fidelização; a perspectiva dos processos internos envolve indicadores para mensurar o desempenho dos processos nos quais a empresa deve alcançar excelência para proporcionar os melhores resultados financeiros e encantar os clientes, e a perspectiva do aprendizado e do crescimento está relacionada ao capital humano e, por isso, envolve indicadores que permitem o alcance dos objetivos pretendidos nas outras três perspectivas anteriores, enfatizam a necessidade de investir nas pessoas, no aprendizado e no seu crescimento, para que elas possam produzir melhor, atender melhor o cliente e assegurar objetivos financeiros.

Para Oliva e Borba (2004) a metodologia BSC procura inovar, propondo não apenas um conjunto de indicadores de desempenho, mas apresentando um sistema gerencial com medidas financeiras e não financeiras, com enfoque no curto e longo prazos para todos os níveis da organização. Os autores do BCS justificam essa proposta, afirmando que os gestores precisam compreender as consequências financeiras de suas decisões e ações, assim como a alta administração reconhecer os vetores do sucesso em longo prazo.

O benefício do BSC é que não se trata de um conjunto estático de medidas, é uma obra aberta e envolve uma evolução multianual de testes e medidas de desempenho passíveis de um fino ajuste, refletindo as melhores informações e mudanças na atmosfera de negociação. Ele é capaz de traduzir estratégias em ação, pois é um recurso eficiente na tradução da visão estratégica de uma organização em objetivos claros e estratégicos (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Marquis e Huston (2010) defendem que o planejamento estratégico deve envolver todos os departamentos e níveis hierárquicos, promovendo assim maior eficiência, comunicação entre todos os níveis funcionais, espírito de cooperação para a solução dos problemas e uma sensação dominante de que todos estão unidos, voltados às metas e fazendo a sua parte para ajudar a organização a realizar sua missão.

Embora a estratégia empresarial seja uma responsabilidade do nível institucional, isso não significa que o planejamento estratégico seja centralizado na cúpula da organização. Pelo contrário, ele deve ser descentralizado, pois o melhor planejador é o próprio gerente de linha que conhece profundamente sua área de atuação. As metas não podem ficar vivas somente na mente do presidente, mas na cabeça de todos os participantes. O processo de elaboração do planejamento deve contar com a ampla e irrestrita participação de todos os níveis hierárquicos (CHIANENATO, 2014).

Para Londoño, Morera e Laverde (2014), a gestão no hospital moderno apresenta algumas características diferentes daquelas do hospital de antigamente, uma vez que, atualmente, o hospital é concebido como uma empresa prestadora de serviços de saúde, permanentemente disponível para atender a todas as expectativas e demandas de um cliente, o paciente. Além disso, o hospital precisa operar em um mundo de competência com base na qualidade. Essa competência deve ser estabelecida sobre os pilares de planejamento, organização, satisfação do

trabalhador, orçamento, avaliação de gestão, disponibilidade de retroalimentação (*feedback*) e ética.

Para os autores (2014), como ponto de partida, o planejamento estratégico implica um estudo minucioso dos pontos fortes e fracos da instituição, diante de um determinado projeto. É um processo mediante o qual se toma as decisões em uma organização, obtém as informações e a partir delas, elabora os fins que, com os meios e os recursos, permitem elaborar os planos.

Kurcgant (2010, p. 49) cita as principais características do planejamento estratégico:

- a) o sujeito que planeja faz parte da realidade juntamente com outros atores;
- b) admite-se que não há uma realidade única estática, avançando-se para o entendimento da mesma, no que diz respeito à superação da visão da multicausalidade para uma teoria explicativa pautada na determinação social;
- c) admite-se que não há neutralidade e que o planejamento tem uma importante dimensão política e social, além a dimensão técnica;
- d) é histórico e identifica-se como o “pode ser”;
- e) trabalha com a visão dialética situacional estratégica;
- f) reconhece o conflito e as relações de poder com as quais trabalha.

Burmester (2013) refere que, no planejamento estratégico, busca-se examinar como a organização de saúde define as estratégias e as desdobra em planos de ação que conduzam a uma gestão eficaz; também é aqui que se examina como um hospital pode definir o sistema de medição global. A formulação de estratégias (intenção do que fazer) se desdobra em planos de ação (ação de como fazer e, às vezes, até de como fazer) e, por fim, o planejamento de como medir se o que se quis fazer foi, de fato, realizado.

De modo geral, não se considera muito difícil o processo de formulação de estratégias; qualquer grupo conhecedor da empresa e do ambiente em que ela se insere pode fazê-lo com relativa facilidade. A dificuldade reside em transformar essas estratégias em realidade concreta. Para que isso ocorra, é necessário que o planejamento seja realizado com o máximo realismo, por pessoas que conheçam muito bem a empresa e seu ambiente, sem divagar em fantasias e sonhos inalcançáveis. Aqui reside o grande desafio para o planejador: ser suficientemente capaz de ousar no desconhecido, sem perder contato com a realidade (BURMESTER, 2013).

Couto e Pedrosa (2007) e Alves (2012) citam que o planejamento estratégico é um processo de elaboração da estratégia, a relação pretendida da organização com seu ambiente. Deve contemplar as seguintes etapas: a definição da natureza da organização prestadora do serviço de saúde; a definição da visão; a definição das partes interessadas e seus interesses na organização; a definição dos valores; a definição da visão para o futuro da organização; o negócio; a política da qualidade; o cenário interno e externo; a definição de estratégias para atingir essa visão de futuro; implantação de ações que concretizem a estratégia.

As etapas que compõem um planejamento estratégico, segundo Alves (2012), são:

- a) missão da empresa: a declaração de missão da empresa deve refletir a razão de ser, qual o seu propósito e o que ela faz;
- b) visão da empresa: deve ser elaborada pensando na perspectiva em longo prazo. É a declaração da direção em que a empresa pretende seguir, da personalidade e caráter da empresa. Deve refletir as aspirações da empresa e suas crenças. Deve-se ter o cuidado ao estabelecer uma visão para que não esteja fora de uma possível realização, pois objetivos com dificuldade de execução podem gerar uma sensação negativa na equipe;
- c) valores: são os princípios básicos que todas as pessoas envolvidas numa organização devem levar em consideração nas suas atividades cotidianas. Os valores nortearão as condutas a serem seguidas na organização, servindo como atributos para definir toda estratégia do desenvolvimento das pessoas envolvidas no processo da empresa;
- d) análise de ambiente externo e interno: a análise do ambiente externo (compreende oportunidades e ameaças) é um dos pilares do planejamento estratégico. Quanto mais competitivo, instável e complexo for o ambiente, maior a necessidade de analisá-lo. A empresa deve estar preparada para rastrear tendências e desenvolvimentos importantes. A análise do ambiente interno (compreende forças e fraquezas ou pontos fortes e pontos a melhorar);
- e) análise da situação (matriz *SWOT*): depois de identificados os pontos fortes e pontos a melhorar, analisadas as oportunidades e ameaças, pode-se obter a matriz *SWOT* que traça uma análise da situação atual do negócio e deve ser refeita regularmente, dependendo da velocidade com que o

ambiente, o setor e a própria empresa mudam. A análise *SWOT* fornece uma orientação estratégica útil. Grande parte é bom senso. Primeiro deve-se corrigir o que está errado. Em seguida, deve-se aproveitar ao máximo as oportunidades que foram identificadas. Procura eliminar os pontos fracos em áreas onde existem riscos e fortalecer os pontos fortes em áreas onde se identifiquem oportunidades. O Quadro 2 apresenta uma ilustração da matriz *SWOT*.

Quadro 2 - Matriz *SWOT*

Interna (organização)	Forças	Fraquezas
Externa (ambiente)	Oportunidades	Ameaças

Fonte: Alves (2012).

- f) metas e objetivos: a principal diferença entre metas e objetivos é que as metas são as ações específicas mensuráveis que constituem os passos para se atingir os objetivos. Já os objetivos indicam intenções gerais da empresa e o caminho básico para chegar ao destino desejado. A principal razão de se escreverem as metas e os objetivos do negócio é orientar o caminho a ser seguido para que a empresa esteja cumprindo sua missão em direção à sua visão;
- g) formulação da estratégia: após definir a missão e visão do negócio, os valores, as metas e objetivos e a análise *SWOT*, é necessário definir a formulação de estratégias, ou seja: qual é o caminho que a empresa deverá seguir para alcançar excelente performance e resultado sustentável?
- h) monitoramento da implementação: à medida que a estratégia é implementada, a empresa precisa rastrear os resultados e monitorar os novos desenvolvimentos nos ambientes interno e externo.

Couto e Pedrosa (2007) afirmam que é necessário traduzir as estratégias para as ações do dia-a-dia da empresa por meio de seu desdobramento, em diversos setores, em objetivos, indicadores e metas. Em nada muda a empresa se as ações necessárias para percorrer o caminho que leva ao futuro não forem implementadas. Essa é uma ação política indelegável da alta direção. Os gerentes irão implantar as ações se a alta direção conseguir transformar a estratégia no centro da empresa através da mobilização das pessoas; da comunicação e esclarecimento das estratégias e ações para sua execução e da criação de nova cultura que terá a estratégia como centro.

Luongo et al. (2011) entendem que para aplicar um planejamento estratégico, é necessário realizar um processo de tomada de decisão de alta qualidade e que traga um retorno rápido. Deve-se convocar uma equipe de gestores para detectar as ameaças e oportunidades, sugerir medidas corretivas e de prevenção e aplicá-las em cooperação com todos os membros da equipe de trabalho. A cada etapa realizada deve-se avaliar qual foi o resultado atingido.

Chiavenato (2014) acredita que para executar o planejamento estratégico e transformá-lo em realidade concreta, alguns passos precisam ser seguidos, tais como:

- a) participação das pessoas: torná-las atores protagonistas da ação estratégica e não simplesmente expectadores ou observadores. A estratégia deve fazer parte do cotidiano das pessoas;
- b) comunicação intensiva: esclarecer, orientar as pessoas naquilo que devem fazer para contribuir com os resultados para a estratégia empresarial;
- c) preparação prévia do pessoal: incluir treinamento e desenvolvimento, educação corporativa, reuniões sistemáticas de apresentação e acompanhamento dos resultados;
- d) reforço contínuo: falar, constantemente, na estratégia, bater firme nos objetivos e festejar resultados;
- e) avaliação sistemática: medir os indicadores de desempenho e de resultados é fundamental. Deve funcionar como um reforço contínuo e positivo para a ação estratégica;
- f) recompensas por resultados: a estratégia repousa na ação das pessoas e elas devem ser incentivadas e estimuladas, constantemente, para que não haja paradas ou atrasos.

O planejamento estratégico envolve a empresa de maneira holística e com sinergia. Holística porque envolve a empresa como um todo e com sinergia porque todas as partes que compõe a empresa interagem e cooperam entre si no sentido de proporcionar o desdobramento da estratégia e o alcance dos objetivos propostos.

2.3 GESTÃO DE SERVIÇO: COMPETÊNCIAS GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO

Fleury e Fleury (2004) definem competência como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.

Para Malagutti e Caetano (2010), competência gerencial é considerada uma noção complexa, visto que requer o envolvimento de várias categorias de competência e o exercício das dimensões destas competências, ou seja, conhecimentos, habilidades e atitudes, para que possam ser percebidas em todas as suas possibilidades. Segundo os autores (2010), a aplicação do conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes vai produzir o desempenho do profissional no ambiente de trabalho, que será expresso pelos comportamentos observáveis e pelas suas consequências, que geram realizações e resultados para a empresa.

Furukawa e Cunha (2010) citam que, com a percepção de que o trabalhador tem um importante papel no sucesso organizacional, houve uma preocupação referente às competências necessárias aos profissionais. A competência pode ser entendida como o conhecimento aplicado que gera capacidade de produzir resultados.

As competências podem ser classificadas como individuais e organizacionais. A gestão por competência trata de um processo contínuo que torna como referência à estratégia corporativa para orientar esforços em torno da captação e ou desenvolvimento de competências necessárias à consecução de objetos organizacionais (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

Os benefícios e consequências da utilização da gestão por competência para as organizações levam à uma visualização do todo em função do autodesenvolvimento de cada profissional. Neste modelo de gestão, investir em pessoas significa investir na empresa. A organização, ao transferir seu patrimônio de conhecimento para as pessoas, enriquece-as e prepara-as para enfrentar novas

situações profissionais e pessoais, na organização ou fora delas. As pessoas, por sua vez, ao desenvolverem sua capacidade individual, transferem para a organização seu aprendizado, capacitando-a a enfrentar novos desafios (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

Há preocupação por parte das empresas em possuir profissionais capacitados a realizar ações estratégicas que agreguem valor à instituição. Significa que o homem pode ser considerado como agente facilitador ou impeditivo para o alcance dos objetivos organizacionais (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

Furukawa e Cunha (2010) reforçam, ainda, que é importante adequar cada pessoa ao cargo, a fim de que possam ter resultados mensuráveis pontuados em eficiência e eficácia. Esta adequação começa na captação dos recursos humanos, a partir de traçar o perfil e as competências que a organização espera desse profissional.

No contexto da enfermagem, a gestão vem passando por transformações, nas quais a demanda do serviço, a alta administração e o conhecimento dos liderados têm exigido que o líder – gerente – gestor, tenha competências muito mais comportamentais que técnicas, capazes de instrumentá-lo para mobilizar sua equipe a responder, de maneira ética, justa e perene, a todas as demandas a que a categoria está exposta (MALAGUTTI; CAETANO, 2010).

O desenvolvimento de competências na relação trabalhador/organização, é uma relação que traz benefícios mútuos para ambos, uma vez que se coloca em prática, em determinado contexto, o que se sabe. Na enfermagem, as competências para desempenhar diferentes funções precisam estar definidas e reconhecidas pelas pessoas que ocupam estas funções a fim de buscar o desenvolvimento e a aplicação na função.

Para Bork (2011), as competências definidas para o enfermeiro envolvem uma série de habilidades, das quais se destacam: a integração do conhecimento com a prática, o pensamento crítico, liderança, capacidade de orientar a equipe e o gerenciamento baseado em resultados.

Conforme Malagutti e Caetano (2010), o mercado profissional espera do enfermeiro a competência para atuar com conflitos, enfrentar problemas, negociar, dialogar, argumentar, propor e alcançar mudanças, com estratégias que o aproximem da equipe e do cliente, contribuindo para a qualidade do cuidado.

Malagutti e Caetano (2010) afirmam que é imprescindível que o gestor de enfermagem compreenda a competência como resultado da combinação de múltiplos

saberes: saber-fazer, saber-agir, saber-ser, capazes, por sua vez, de propiciar respostas efetivas aos desafios advindos do atual contexto dos negócios e passe a aplicá-lo no seu dia-a-dia como foco principal na relação interpessoal junto aos seus pares e no seu estilo de liderança, de modo que estes fatores devam estar alinhados com os objetivos estratégicos da organização.

Quanto à formação dos enfermeiros, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Graduação em Enfermagem no Brasil, colocam a necessidade de dotar o profissional com relação às seguintes competências gerais: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

Exige-se do enfermeiro competências de caráter educativo, assistencial, administrativo e político, todas engajadas no compartilhamento de informações e conhecimento que o enfermeiro tem da gestão em saúde, integrando ações coletivas, assistenciais e sociais e monitorando o processo de trabalho, através da avaliação dos resultados (PAIVA et al., 2010).

Malagutti e Caetano (2010, p. 78) citam os seis papéis de liderança gerencial e suas respectivas competências-chave, utilizando como referencial teórico os “oito papéis” essenciais às lideranças:

- a) No papel de mentor: compreensão de si mesmo e dos outros, comunicação eficaz e desenvolvimento dos colaboradores;
- b) no papel de facilitador: construção de equipes ou times de trabalho, administração de conflitos;
- c) no papel de monitor: administração da sobrecarga de informações;
- d) no papel de coordenador: planejamento do trabalho;
- e) no papel de negociador: construção e manutenção de uma base de poder;
- f) no papel de inovador: convívio com a mudança.

Os profissionais enfermeiros precisam tomar decisões individuais e em equipe, liderar com segurança, organizar o trabalho, utilizar ferramentas e tecnologias gerenciais, e tornar o processo de gestão um aprendizado permanente para os profissionais que integram as equipes. Devem priorizar a atuação nas quatro áreas: assistência, administração, ensino e pesquisa (MUNARI; BEZERRA, 2004).

Segundo a Lei do Exercício Profissional, enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem em nível superior legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência técnica, científica, ética e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família,

aos grupos e à comunidade, nos níveis da prevenção primária, secundária e terciária, incluindo, também o ensino e a pesquisa (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

2.3.1 Gerenciamento em enfermagem

A legitimidade da ação de gerenciamento é conferida privativamente ao enfermeiro que, de acordo com o que determina a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe, no artigo 11, sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem no Brasil, em que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem; no entanto são privativos à direção dos órgãos de enfermagem da instituição de saúde pública e privada à chefia de serviço e de unidade de enfermagem, a organização e a direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços, o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem (BRASIL, 1986).

Conforme Jorge et al. (2007), a palavra gerenciamento tem sido empregada como uma estratégia utilizada por um grupo de pessoas que busca atingir uma meta ou objetivos comuns, por intermédio da união de esforços, concluindo que não se pode gerenciar sozinho, de forma assistemática e descontinuada.

O gerenciamento é referenciado como uma capacidade de construir sujeitos éticos, criativos e competentes. A evolução de concepções acerca do gerenciamento, sob um olhar contemporâneo, em busca de ações compartilhadas e com interdisciplinaridade, no desenvolvimento da autonomia dos profissionais e do respeito à ocupação dos diversos espaços sociais, políticos e econômicos que regem as instituições de saúde (JORGE et al., 2007).

As principais dificuldades para o gerenciamento em enfermagem perpassam pela formação profissional ancorada em abordagem tradicionalista da Administração, se estendendo ao mercado de trabalho. As dificuldades em conciliar a administração da assistência e a prestação de cuidados diretos ao cliente, com a realização de tarefas para a administração/gerenciamento do pessoal e do setor de trabalho, é um fato que gera sofrimento e frustração no exercício das funções; o desvio do enfermeiro para resolver problemas alheios, de competência de outros profissionais, onde ele deixa de assistir o doente, que é o principal objetivo do seu trabalho (JORGE et al., 2007).

É imprescindível que as ações relacionadas com a gerência em enfermagem sejam baseadas em princípios éticos e democráticos e que tenham como foco do processo de trabalho o profissional de enfermagem e o cliente dos serviços de saúde, considerando-se seus interesses, desejos e suas necessidades, para superar as teorias administrativas tradicionais (MALAGUTTI; CAETANO, 2010).

Gerenciar em enfermagem, pressupõe a tomada de decisões, e esta depende do grau de autonomia do gerente de enfermagem e como se dá a sua relação com as pessoas e com a própria política da instituição, para desenvolver eticamente o seu processo de trabalho. Nos serviços de enfermagem, a cultura e o poder da organização condicionam a forma de apreensão e de valoração dos acontecimentos, a partir das relações que estabelecem no cotidiano (KURCGANT, 2010). A autora (2010) também ressalta que o perfil do gerente e sua postura na tomada de decisões afetam, significativamente, os resultados dessas decisões, principalmente no que tange às inovações referentes à assistência, ao ensino, ao incentivo à pesquisa, como também à abertura de novos espaços de atuação do enfermeiro.

Nos distintos serviços de saúde, especialmente no âmbito hospitalar, torna-se evidente a participação da gerência de enfermagem na articulação entre os vários profissionais da equipe de saúde, além de organizar o processo de trabalho da enfermagem, com vistas a concretizar as ações previamente organizadas para os clientes que buscam estes serviços (MALAGUTTI; CAETANO, 2010).

A forma de atuação da gerência de enfermagem seria o ponto de partida para as facilidades ou dificuldades do gerenciamento em enfermagem, através da luta por mudança organizacional, estrutural e político-ideológica. Não basta obter conhecimentos, tecnologias de ponta, para se mudarem os processos. É necessária uma mudança mais profunda de valores, de cultura, de processos, para realmente conquistar a efetiva transformação de modelos gerenciais e, conseqüentemente, uma assistência à saúde mais humana, globalizada e de qualidade. Falta aos enfermeiros conscientizarem-se do seu potencial transformador, considerando que por meio de seu processo de trabalho, podem inovar o cuidado e a divisão social do trabalho da enfermagem (JORGE et al., 2007).

As questões éticas fazem parte do cotidiano do gerenciamento em enfermagem. O conhecimento da situação, o uso dos instrumentos éticos e legais e o reconhecimento dos valores, crenças e convicções presentes nas situações fazem com que as tomadas de decisões sejam respaldadas por preceitos éticos,

fortalecendo o compromisso profissional. Os profissionais de enfermagem devem adotar uma postura ética, de modo reflexivo, devem buscar conhecimento, trabalhando os dilemas e conflitos éticos que emergem do processo de trabalho e, também, participar dos processos decisórios (KURCGANT, 2010). Para a autora (2010), os profissionais tomarão decisões respeitando os princípios fundamentados na ética, quanto mais reflexões e discussões éticas ocorrerem na prática profissional, quanto mais participação houver no processo decisório, quanto mais valorização dessa dimensão houver na cultura do serviço e da organização.

O gerenciamento é inerente à enfermagem, sendo ímpar a busca por métodos transformadores e que atendam a diversidade de ações que envolvem a enfermagem, promovendo interação entre os profissionais, proporcionando desenvolvimento de autonomia e reconhecimento profissional, trazendo maior satisfação e mais visibilidade à profissão.

Para Malagutti e Caetano (2010), os gestores de enfermagem devem propor novas práticas, novos modelos, novos conceitos que favoreçam o alcance de resultados mais bem sucedidos da equipe de trabalho como um todo, por meio de um modelo de liderança adequado, com a valorização e o desenvolvimento das pessoas, tornando-as capacitadas e estimuladas, contribuindo para as exigências do mundo globalizado.

A responsabilidade da formação no campo do gerenciamento é essencial. O papel da universidade é oferecer ao graduando, meios para que encontre o caminho mais adequado a seguir em busca da sua autonomia profissional com competência, ética e segurança. Entretanto, esta busca muitas vezes se prende ao mundo ideológico, filosófico, teórico, sem propiciar ao graduando experiências reais de aprendizagem. Os próprios graduandos não demonstram grande motivação para aprender a gerenciar. O que desperta o interesse nos campos de prática ainda continua sendo a técnica, o manuseio de equipamentos sofisticados, os processos patológicos, o tratamento da doença, ratificando o predomínio do modelo biomédico (JORGE et al., 2007).

Jorge et al. (2007) colocam que as consequências de uma formação inflexível e rígida são profissionais com certa dificuldade de aceitar a criatividade e diversidade na atuação profissional; enfermeiros despreparados para gerenciar, inseguros, submissos a estruturas organizacionais e agarrados aos modelos tradicionais ultrapassados.

Soma-se à lacuna da formação a falta de capacitação para o exercício da função. O que se observa na prática são enfermeiros lançados a gerenciar serviços e unidades de saúde, sem noções básicas sobre as competências técnicas necessárias para desempenhar as funções cabíveis ao seu cargo.

Há uma necessidade do ensino em fortalecer parcerias com os serviços, buscando novos cenários para a formação, no sentido de dar sustentação à formação gerencial do enfermeiro, numa perspectiva transformadora. Para isso é imprescindível o papel do docente como facilitador no processo de ensino-aprendizagem e de articulador na integração da teoria com a prática (PAIVA et al., 2010).

2.3.2 Dimensão gerencial e assistencial no trabalho do enfermeiro

Diante da crise econômica que as organizações estão passando, torna-se necessária uma gestão eficiente que administre a escassez de recursos; surge uma sobrecarga de demandas onde as instituições exigem um perfil profissional em desenvolvimento para acompanhar as inovações com potencial para resolver problemas e ter capacidade de negociação (MARTINS et al., 2006).

O processo de trabalho do enfermeiro requer agilidade, decisões inovadoras, assertivas, criativas, agregando valor econômico e social à empresa e ao indivíduo. O enfermeiro atua em diversos campos de ação, exercendo atividades de assistência, administração, ensino e pesquisa (MARTINS et al., 2006). Os autores (2006) reforçam o papel inerente de gestão que hoje é atribuído ao enfermeiro e salienta a diversidade de competências exigidas para agregar valor às organizações, ao trabalho e ao indivíduo.

No processo de trabalho gerencial, os objetos de trabalho do enfermeiro são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Para a execução deste processo é utilizado um conjunto de instrumentos técnicos próprios da gerência, como planejamento, dimensionamento de pessoal de enfermagem, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho e outros. Também se utilizam outros meios ou instrumentos, como a força de trabalho, os materiais, equipamentos e instalações, além dos diferentes saberes administrativos (KURCGANT, 2010).

Malagutti e Caetano (2010) defendem que o exercício da função gerencial, envolve habilidades para desenvolver ações, planejamento, implementação e

avaliação do processo de trabalho em enfermagem. Tais habilidades estão diretamente relacionadas com conhecimentos específicos, os quais ajudam a resolver problemas, evitam improvisações, aproveitam e desenvolvem o potencial criativo, de maneira a permitir atuar para garantir a qualidade da assistência em todos os níveis de atenção à saúde.

É importante começar na formação a transformação necessária nos processos de gestão dos serviços. O aluno precisa ser estimulado a ter uma visão mais ampla do cenário de aprendizado e conseguir despertar interesse pela gestão, pelo planejamento, pela organização e não somente pela execução das ações que envolvem a prática de enfermagem. À medida que os profissionais se tornam mais capacitados à gestão, conseguem identificar novas formas de gerenciar e transformar as práticas em processos mais criativos e resolutivos que atendam melhor as expectativas do serviço e dos clientes.

A prática da função gerencial do profissional da enfermagem nas organizações de saúde tem sido palco de conflitos e polêmicas. Não há convergência do que se espera deste profissional, na concepção dos teóricos, e o que se constata na sua atividade cotidiana, fortemente pressionada pelas demandas e forças de mercado (MALAGUTTI; CAETANO, 2010).

Malagutti e Caetano (2010, p. 64) elencam algumas ações gerenciais do enfermeiro para o controle da qualidade assistencial:

- a) Orientar a equipe sobre o plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro para cada paciente, esclarecendo os pressupostos científicos e de qualidade que norteiam os planos;
- b) esclarecer os resultados a serem alcançados pela equipe na assistência a cada paciente, clarificando o impacto do alcance destes resultados para a qualidade assistencial;
- c) utilizar ferramentas como PDCA, para o controle da qualidade e do não alcance das metas prescritas;
- d) dar retorno, à equipe, dos resultados alcançados, reforçando o sentimento de conquista e criando a crença da efetiva busca dos resultados prescritos;
- e) realizar auditorias de enfermagem para averiguar como e em que proporção a assistência de enfermagem tem contribuído para a qualidade assistencial;
- f) utilizar os achados para orientação e educação da equipe de enfermagem.

Malagutti e Caetano (2010) defendem que a equipe é estimulada pelo enfermeiro à medida que desenvolve e aplica ações que demonstram que o papel da

equipe, desempenhado de maneira correta, contribui para a qualidade assistencial e para o reconhecimento da unidade.

No perfil do enfermeiro desejado e procurado pelas instituições, encontram-se às competências gerenciais aliadas às competências assistenciais, com cunho técnico e de prestação de cuidados, que deu origem à profissão.

Na perspectiva assistencial, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de trabalho organizada pelo processo de enfermagem que se apresenta para a qualificação desse tipo de assistência.

Diante da diversidade de atuação da enfermagem, os recursos e os processos de trabalho precisam ser organizados. A metodologia de sistematização da assistência de enfermagem, através do processo de enfermagem, representa ferramenta para o planejamento, execução e avaliação da assistência e como metodologia que contempla aspectos gerenciais e assistenciais do cuidado.

A prática deliberada e sistemática do processo de enfermagem pode acrescentar qualidade do cuidado, melhorar a visibilidade e o reconhecimento profissional e representar uma possibilidade concreta de avaliação da prática profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

A resolução 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Considera que a sistematização da assistência de enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem. E o processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional. Que a operacionalização e documentação do processo de enfermagem evidencia a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A resolução explica que o processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. Que ao enfermeiro incumbe a liderança na execução e avaliação do processo de enfermagem, de modo a alcançar os resultados de

enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca de respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem. Que o processo de enfermagem deve ser registrado formalmente.

Na aplicação do processo de enfermagem, a visita do enfermeiro caracterizada pela abordagem clínica e prescrição de procedimentos, além de uma interação profissional-paciente e de articulação entre ações de enfermagem e outras áreas profissionais possibilita intervenções de cuidado e gerência (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

A partir da visita de enfermagem, são realizadas a evolução e prescrição de enfermagem que compõe a SAE, que propicia, simultaneamente, as intervenções de cuidado e de gerenciamento. O procedimento técnico, aliado ao planejamento de ações, garante a assistência de que o paciente precisa. Ao planejar, o enfermeiro determina os objetivos a serem alcançados para promover a assistência adequada às necessidades dos pacientes (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

A SAE eleva a qualidade da assistência de enfermagem, beneficiando o paciente através de um plano de cuidados individualizado. Tem deixado de ser um meio ou instrumento de trabalho para constituir o próprio objeto de trabalho do enfermeiro (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). A sistematização pode organizar a assistência de enfermagem, fundamentada cientificamente e lançando mão do raciocínio clínico para a resolução das necessidades dos pacientes.

Para se implantar a SAE, é necessário que o enfermeiro valorize a metodologia do trabalho e também que haja tempo para desenvolvê-la.

Hausmann e Peduzzi (2009) apresentam algumas deficiências na execução do processo de enfermagem, como: histórico de enfermagem com escassez de dados e não vinculados a protocolos existentes; prescrições e evoluções de enfermagem desarticuladas, sendo estas interdependentes e complementares; prescrições, consistindo, em grande parte, em rotinas preestabelecidas, sendo prescritas as mesmas ações para todos os pacientes, faltando raciocínio e julgamento clínico para atuar com eficiência e individualidade.

Para Malagutti e Caetano (2010), a baixa adesão dos enfermeiros à realização do processo de trabalho, denominado por legislação “sistematização da assistência de enfermagem”, já é apontada há mais de 20 anos como o principal fator de baixa qualidade na assistência de enfermagem.

Segundo Garcia e Nóbrega (2009), as dificuldades para a implementação do processo de enfermagem são: a exigência de uma maior complexidade de conhecimentos e especificidades do cuidado, o desinteresse das instituições no cuidado direto e no planejamento da assistência realizado pela enfermagem, o déficit de profissionais, acarretando sobrecarga de trabalho, a falta de destreza na execução de técnicas, a dificuldade do cumprimento das ações prescritas pelo enfermeiro, devido ao despreparo dos profissionais de enfermagem de nível médio e representantes majoritários da força de trabalho.

Para Cunha e Barros (2005), os fatores que dificultam a implementação da sistematização da assistência de enfermagem são: despreparo do pessoal, falta de interesse, falta de tempo, quantidade de pessoal, falta de material ou equipamento, falta de vontade por parte de lideranças e instituição.

A enfermagem desenvolveu-se pautada no pensamento de Taylor e Fayol e atravessou o século embasada na divisão social de classes. Perduram pensamentos entre os profissionais de enfermagem de que procedimentos menos complexos, como: colocar uma comadre, dar um banho de leito ou atender a um chamado de enfermagem não são atividades do enfermeiro, devem ser executados por profissionais de nível socialmente mais baixos dentro da profissão. Isto distanciou o enfermeiro da assistência do paciente e o direcionou para atividades administrativas como atender telefone, encaminhar papéis, requisições e servir ao médico (MALAGUTTI; CAETANO, 2010).

Para Malagutti e Caetano (2010), desta forma, a enfermagem solidificou-se em um paradigma de administração arcaico, criado para a indústria e segmentado por níveis de poder, esquecendo-se que, por natureza, se classifica como serviços e deve utilizar-se do potencial do trabalho em equipe.

É necessário sensibilização e conscientização da instituição em investir em modelos de organização da assistência, além da capacitação das equipes, a provisão de recursos necessários para sua implantação e uma ênfase na atuação do enfermeiro na execução da assistência.

O desenvolvimento científico da enfermagem já estruturou as soluções para reverter este cenário. O enfermeiro, ao libertar-se do papel socialmente imposto e ao perceber-se distante da assistência pode reverter este quadro e utilizar-se de ferramentas gerenciais e assistenciais que irão auxiliar a alcançar níveis mais eficazes de qualidade (MALAGUTTI; CAETANO, 2010).

Estas transformações far-se-ão, concretamente, quando tivermos líderes profissionais capazes de desenvolver suas potencialidades com autonomia, de motivar potencial humano para criatividade e envolvimento nas ações (JORGE et al., 2007).

Malagutti e Caetano (2010, p. 65) elencam algumas habilidades assistenciais do enfermeiro que estão associadas ao controle de qualidade:

- a) Avaliar periodicamente o status clínico dos pacientes, buscando identificar as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco para determinar os diagnósticos de enfermagem;
- b) determinar, com base nos diagnósticos de enfermagem, os resultados a serem atingidos por meio de intervenções;
- c) descrever as intervenções de enfermagem;
- d) dimensionar os recursos para a assistência, baseando-se nos achados durante a avaliação do *status* clínico;
- e) viabilizar a discussão de casos entre a equipe multiprofissional;
- f) coordenar a integração dos membros da equipe interdisciplinar nos planos de cuidado e de alta;
- g) avaliar periodicamente a adequação da assistência prestada às condições clínicas do paciente, com vistas ao alcance de resultados propostos inicialmente;
- h) reformular o plano assistencial, caso necessário;
- i) participar da elaboração de mapas assistenciais e de protocolos de conduta, como integrante da equipe multiprofissional, opinando sobre sua *expertise* assistencial;
- j) discutir com os componentes da equipe multiprofissional a inclusão ou exclusão dos pacientes nos mapas e protocolos e garantir registro da justificativa no prontuário;
- k) participar da análise de indicadores assistenciais, propondo e implementando melhorias da qualidade em todo o processo.

Os autores (2010) defendem que, aplicando as habilidades citadas, o enfermeiro ocupa um espaço, preenchendo-o com a essência científica da profissão.

Malagutti e Caetano (2010) referem o conceito e a prática do Sistema *Primary Nursing* com um enfoque integral e uma proposta à humanização da enfermagem, onde a relação entre os profissionais de saúde, clientes/pacientes e familiares possam ser permeadas por atitudes fortalecidas pela confiança, pela ética e pelo respeito mútuo. Segundo os autores (2010), os paradigmas que concorrem para afastar o profissional de enfermagem do paciente e a primazia pelo desempenho técnico e administrativo deverão ser revistos ao optar-se por prestar uma assistência personalizada e humanizada, que possa concorrer para a aproximação entre ambos. Cabe ao profissional reconhecer a importância de seu papel e destinar um espaço de tempo para priorizar a assistência e a orientação necessária à promoção da integralidade e da humanização, estando assim disponível para proporcionar ao

cliente/paciente e familiares não apenas o apoio técnico, mas, sobretudo, o apoio emocional.

A filosofia do sistema está fundamentada na visão holística dos cuidados, no respeito à pessoa, na personalização do atendimento e na sequência e continuidade do trabalho, aspectos que irão se refletir na qualidade assistencial e excelência dos resultados. Sistematizar a assistência e adotar novos modelos para a sua organização, são condições que requerem persistência e conscientização quanto à importância sobre a eficácia de seus resultados, sendo necessário que o profissional realmente se empenhe em assumir sua posição de detentor do saber e que necessita colocá-lo em prática para que possa, assim, ser reconhecido por sua capacidade e autonomia profissional (MALAGUTTI; CAETANO, 2010).

2.3.3 Dimensão assistencial e gerencial no trabalho da enfermagem: um desafio a ser superado

Na enfermagem, *Florence Nightingale* plantou raízes que têm permitido, até os dias de hoje, o avanço no conhecimento sobre o processo de cuidar, considerado a essência do saber e do fazer dos seus agentes (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Peres e Ciampone (2006 *apud* Malagutti e Caetano 2010), afirmam que o gerenciamento realizado pelo enfermeiro nas instituições de saúde na atualidade é o resultado da cisão histórica entre gerenciamento e execução, em que o poder reside mais na função administrativa do que na assistencial. *Florence Nightingale*, responsável pela profissionalização da enfermagem no mundo, deu origem a esta divisão de trabalho assistencial e administrativo da enfermagem, que era adequada para as demandas históricas da época, porém questionáveis nos dias atuais.

No século XIX, *Florence Nightingale*, enfermeira considerada a primeira administradora hospitalar, já demonstrava, com o trabalho que desenvolvia com sua equipe em um hospital militar da Criméia, a importância do conhecimento acerca das técnicas e de instrumentos administrativos, organizando o ambiente terapêutico mediante a divisão do trabalho desenvolvido pelas *nurses*, considerado cuidado direto e pelas *ladies nurses*, representando o cuidado indireto, sistematizando técnicas e procedimentos (SANTOS et al., 2013a).

A transformação da enfermagem como profissão trouxe a consequência de divisão técnica do trabalho da enfermagem, que separou o trabalho intelectual das

tarefas mecânicas. Ao trabalho intelectual atribuía-se produzir conhecimento através das *ladies nurses* e às tarefas mecânicas atribuía-se executá-las através das *nurses*. Passaram a se preocupar em padronizar ações desenvolvidas, garantindo a execução das ações por profissionais de nível médio (OLIVEIRA et al., 2009).

Os primórdios já demonstravam que o trabalho da enfermagem correspondia assistência e gestão e que a divisão do trabalho era necessária, mas que deve-se integrar e estabelecer a relação de cuidado integral e qualificado que é a razão da enfermagem existir.

O processo de trabalho da enfermagem particulariza-se em uma rede ou sub-processos que são denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar. Cada um deles pode ser tomado como um processo à parte com seus próprios elementos e podem, ou não, coexistir em determinado momento e instituição. Nesses diferentes processos, os trabalhadores de enfermagem, inserem-se de forma heterogênea e hierarquizada, expressando a divisão técnica e social do trabalho (KURCGANT, 2010).

O processo de trabalho do enfermeiro é composto pela articulação das esferas gerencial e assistencial e compreende a gerência do cuidado de enfermagem. Visa à realização de melhores práticas de cuidado nos serviços, planejando as ações de cuidado, provisionando os recursos necessários para a assistência e potencializando as interações entre a equipe multidisciplinar, proporcionando uma atuação mais articulada (SANTOS et al., 2013a).

Alguns enfermeiros consideram gerenciar e cuidar como atividades dicotômicas e incompatíveis e estabelecem diferenças entre cuidado direto e indireto, entendendo como cuidado apenas as ações diretas junto ao paciente. O cuidado indireto que busca a organização e implementação do cuidado direto não é entendido como uma dimensão complementar do processo de cuidar (SANTOS et al., 2013a).

É intransferível ao enfermeiro exercer o planejamento e a execução do cuidado e para tal, permeiam-se ações técnicas, administrativas e burocráticas e de liderança. Santos et al. (2013a) citam que na gerência do cuidado compreende ao enfermeiro: dimensionar a equipe de enfermagem; exercer a liderança no trabalho; planejar a assistência de enfermagem; educar e capacitar a equipe de enfermagem; gerenciar recursos materiais; coordenar o processo de realização do cuidado; realizar o cuidado ou procedimentos mais complexos; avaliar os resultados das ações de enfermagem. Concluem que gerenciar o cuidado é um processo que se dá através de

um conjunto de práticas e atividades que são interdependentes e complementares entre si.

O trabalho do enfermeiro relacionado à dimensão assistencial tem a finalidade do cuidado integral; à dimensão gerencial tem a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado e de desempenho da equipe (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Na dimensão gerencial do trabalho da enfermagem, identificam-se as atividades de elaboração de escala, remanejamento de funcionários, verificação de pendências e conferência e reposição de materiais e equipamentos. Gerenciamento de conflitos também faz parte do processo de trabalho do enfermeiro. Ações de caráter educativo com pacientes e familiares. O acompanhamento do cotidiano do trabalho, através da supervisão contínua, visando o controle das ações. Gestão de pessoas através de recrutamento, seleção, capacitação e avaliação de desempenho e saúde do trabalhador (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Mais do que capacitação dos profissionais para desenvolvimento de competências técnicas, é necessário o comprometimento com o processo de gestão, que exige qualidades como criatividade, inovação, intuição, emoção, capacidade de se relacionar e manter-se atualizado. Incorporar a inteligência emocional, a competitividade, a qualidade de vida no trabalho e o desenvolvimento das competências interpessoais (MUNARI; BEZERRA, 2004).

Há enfermeiros com bom desempenho na assistência e frágeis na administração de enfermagem e também o inverso, expressando uma dificuldade de articulação entre gerência e assistência. O enfermeiro que exerce melhor a administração tende a valorizar esta atividade como uma ação que subsidia a viabilização do cuidado, o enfermeiro que exerce melhor a assistência, tende a menosprezar a atividade do gerenciamento, atribuindo-lhe um cunho burocrático (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

A análise do processo de trabalho da enfermagem volta-se para as necessidades de cuidado de enfermagem como seu objeto de intervenção central, mas que hoje é executado, sobretudo pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, e o gerenciamento do cuidado e da unidade como o trabalho nuclear do enfermeiro. Muitas vezes a equipe entende e refere às atividades de gerenciamento como parte burocrática, associando-as ao registro do trabalho executado (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Malagutti e Caetano (2010) destacam que os enfermeiros são responsáveis, legalmente, pelas questões mais amplas na assistência de enfermagem. Muitos procedimentos são restritos aos enfermeiros, além disso, o enfermeiro é tido como um profissional que necessita de um papel complementar, a saber, o paciente, trazendo a percepção da essência de cuidado do enfermeiro. Os autores (2010) declaram que no geral, os enfermeiros se afastaram da beira do leito, afogando-se em papéis e permanecendo no posto de enfermagem. Os técnicos de enfermagem assumiram, dentro de seus paradigmas, conhecimentos e vícios, a assistência. Assim, a assistência e sua qualidade foram subjugadas historicamente às denominadas *nurses de Florence Nightingale* e, por consequência, o potencial de qualidade assistencial foi subvalorizado, sendo entregue implicitamente a níveis técnicos, os quais começaram a ser cobrados por resultados assistenciais aquém de seus potenciais, enquanto o enfermeiro desaprendeu a assistir e a cuidar do paciente e perpetuou-se como auxiliar administrativo do médico.

Na busca constante em assumir a responsabilidade pela gestão da assistência de enfermagem e pela gestão de pessoas, o enfermeiro enfrenta conflitos. Fica dividido entre atender necessidades e expectativas da equipe, da organização ou mesmo as suas, resultando em frustração, insegurança e insatisfação profissional (MUNARI; BEZERRA, 2004).

O distanciamento entre o gerenciar e o cuidar no trabalho da enfermagem, vem gerando inquietações e impondo a repensar a prática administrativa voltada para a assistência, resgatando o papel do enfermeiro como gerente do cuidado. A mudança na forma do enfermeiro executar o trabalho, articulando o assistencial e o gerencial, poderá propiciar maior visibilidade à sua atuação. Os processos de cuidar e de administrar correm paralelos nas instituições hospitalares, o que pode ser modificado com a promoção de uma aliança entre esses dois eixos, permitindo constituir o cuidar gerenciando e o gerenciar cuidando, construindo um novo paradigma (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

É necessária a busca por uma mudança de paradigma assistencial e gerencial da enfermagem. Os enfermeiros precisam enfrentar desafios, tensões, problemas na continuidade da assistência e os conflitos do trabalho de equipe e do papel de gestor.

Atualmente, encontramos profissionais enfermeiros insatisfeitos, pessoal e profissionalmente, pela falta de perspectivas de ascensão na carreira, além de

percepção de desvalorização da classe, com muitas dificuldades nas condições de trabalho e baixas remunerações.

Esse contexto, agregado à diversidade e às exigências da função, traz consequências graves para a execução do trabalho do enfermeiro e precisa ser identificado e trabalhado pelas organizações, a fim de encontrar alternativas que possam favorecer o trabalho, seja através de reorganização da metodologia de atuação, seja através do direcionamento de recursos, para possibilidade de viabilizar um trabalho com qualidade.

Com atitude inovadora, o gestor desenvolve atividades que desafiam a criatividade individual e coletiva. A aceitação de novas ideias leva à ruptura de práticas estabelecidas, levando a equipe a reavaliar seus valores, atitudes e comportamentos (MUNARI; BEZERRA, 2004).

É preciso visão, liderança e coragem para quebrar o paradigma da divisão do trabalho gerencial e assistencial, que afeta não só a qualidade gerencial do enfermeiro, como a assistência direta prestada ao paciente e à família, objetivo final de todos os profissionais da equipe interdisciplinar de uma organização prestadora de serviços de saúde. Novos modelos e práticas administrativas devem ser pensadas e pesquisadas, em especial aqueles que permitirem viabilizar um maior preparo e poder aos enfermeiros assistenciais (MALAGUTTI; CAETANO, 2010).

É necessário desmistificar a enfermagem como gestão ou assistência. Na verdade, enfermagem é a cisão das esferas gerencial e assistencial. Para tal, é necessário que os enfermeiros compreendam suas diversas responsabilidades, diante destas esferas de atuação, e o serviço deve estar organizado para viabilizar a execução das atividades relacionadas, tanto à assistência, quanto à gerência.

É possível afirmar que maior interação, cooperação e produtividade nas equipes de trabalho, onde haja respeito e atuação do outro sem perder o foco (que é a satisfação do cliente), proporciona melhoria no atendimento. Além disso, é necessário estar motivado para o trabalho e encontrar satisfação no seu desempenho. Portanto, torna-se imprescindível que as instituições sejam assertivas na definição do perfil para o cargo e na seleção do profissional.

2.3.4 Gerência do cuidado

Para realizar ações de gerência do cuidado de enfermagem, o enfermeiro incorpora ferramentas e instrumentos gerenciais para sua efetivação na prática. Ferramenta é um termo que pode ser definido como método, procedimento ou processo administrativo, empregado para a gestão administrativa, com o objetivo de levar o enfermeiro a realizar corretamente as ações de gerência do cuidado de enfermagem. Dentre as ferramentas gerenciais utilizadas pelo enfermeiro, na prática da gerência do cuidado de enfermagem, citam-se: planejamento, execução, avaliação e controle. O termo instrumento é definido como o meio capaz de obter um resultado em qualquer campo da atividade humana, prático ou teórico, dentre eles citam-se: coordenação, supervisão, comunicação, observação e delegação (CHRISTOVAN; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

As ações de gerência do cuidado de enfermagem referem-se às ações de cuidado direto e de cuidado indireto, de caráter instrumental e expressivo, realizado pelo enfermeiro de forma integrada e articulada, cuja finalidade é oferecer um cuidado sistematizado e de qualidade aos clientes dos serviços (CHRISTOVAN; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Conforme Santos et al. (2013a), a atuação dos enfermeiros como coordenadores do cuidado, que é uma responsabilidade no contexto da organização do trabalho e das práticas de gestão em enfermagem e saúde, exige que ele tenha autonomia e participe dos processos de decisão que envolvem os processos de governança nos serviços de saúde e enfermagem.

A mudança no modo de gerenciar o cuidado em enfermagem, visando à qualidade, requer uma mudança de paradigmas, que deve ter início no processo de formação dos enfermeiros nas universidades. Envolve condução de modelos gerenciais que venham ao encontro de atitudes humanizadas e de qualidade (CHRISTOVAN; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

A avalanche de atividades que são delegadas ao enfermeiro, predominantemente burocráticas, o distancia da assistência, do planejamento do cuidado, da supervisão e da orientação da equipe numa perspectiva de acompanhamento e educação permanente; isto traz como consequência a falta de reconhecimento do seu trabalho por parte dos clientes e da própria equipe de saúde, gerando problemas de relacionamento, falta de respeito e desvalorização do trabalho profissional, dificuldade de entrosamento com a equipe de enfermagem e multiprofissional (JORGE et al., 2007).

Nessa perspectiva, entendendo que o trabalho do enfermeiro é indissociável e que envolve atividades de cuidado direto e muitas de cuidado indireto, é essencial que o enfermeiro tenha uma metodologia de trabalho para planejar o cuidado, a assistência, além do planejamento que precisa garantir a execução e a avaliação das ações. Para isso, utiliza-se a metodologia preconizada pelo Conselho Federal de Enfermagem para a gestão e planejamento do cuidado em enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

2.4 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COMO FERRAMENTA NA ENFERMAGEM

O trabalho em saúde precisa ser organizado, planejado e executado, quando nos deparamos com esta visão de compartilhar, de envolver todos os atores que fazem parte do processo, desde o planejamento das ações. Os trabalhadores devem ser compromissados com os objetivos e as metas traçadas.

No processo de trabalho em saúde, o planejamento é essencial para que o enfermeiro desempenhe suas funções gerenciais. Cabe a este profissional a formulação de um plano organizado que permita o desenvolvimento de suas tarefas (LIMA; HADDAD; SARDINHA, 2008).

Geralmente, os enfermeiros executam mais do que planejam. Por outro lado, grande parte das atividades planejadas nem sempre são realizadas, evidenciando lacunas. Um bom planejamento reduziria a quantidade de ações executadas sem previsão e, conseqüentemente, melhoraria a qualidade da enfermagem (PAIVA et al., 2010).

Saber quando planejar e quando não fazê-lo. É possível planejar em excesso e planejar aquém do necessário. Planejar demais pode dedicar tempo excessivo no arranjo de detalhes que poderiam ser delegados aos que executarão o plano. Planejar de menos pressupõe que as pessoas e os eventos recairão, de forma natural, em algum método de produção desejado e eficiente (MARQUIS; HUSTON, 2010).

De acordo com Lima, Haddad e Sardinha (2008), por meio do planejamento realizado junto à equipe de saúde, pode-se programar as estratégias e as ações necessárias para alcançar objetivos e metas desejadas e preestabelecidas. Inclui a decisão acerca do que fazer, quando e como fazer, e de quem deverá fazer. Visa melhorar a dinâmica de trabalho da instituição, considerando a interpretação da

realidade pelos próprios atores sociais e a criatividade dos mesmos para a possível resolução dos problemas levantados.

O planejamento estratégico elaborado deve contemplar a possibilidade de se compartilhar com todos os colaboradores da instituição suas crenças, princípios e valores, reforçando as ações baseadas nos valores institucionais. O fortalecimento desses valores demonstra a responsabilidade da instituição em zelar pelo seu nome, pelos seus funcionários e pelos seus clientes (LUONGO et al., 2011).

Um plano precisa ser flexível e possibilitar ajustes, à medida que ocorrem eventos inesperados. Além disto, os planos precisam ser específicos, simples e realistas. Um plano impreciso é impossível de ser implementado, e outro que seja global ou irreal demais desencoraja mais do que motiva os envolvidos. Quando o plano não é claro, é necessário que o enfermeiro refaça de outra forma ou utilize o processo de grupo para esclarecê-lo (MARQUIS; HUSTON, 2010).

O processo de desenvolvimento tem por objetivo melhorar a natureza e a qualidade das relações e trabalho da instituição. Nesse processo, busca-se a mudança da cultura institucional, aprimorando suas atividades para atingir maiores e melhores resultados. Para que esse desenvolvimento aconteça, é necessário que se estabeleça um processo para definir os problemas e encontrar as soluções, bem como renovar o estilo gerencial, adaptando-se às necessidades e aos objetivos institucionais, criando uma administração participativa e fortalecendo o trabalho em equipe (LUONGO et al., 2011).

O planejamento envolve atentar para a importância de ouvir os trabalhadores, identificando suas expectativas e como poderão colaborar no processo de melhorias. A mudança deve iniciar a partir da atitude individual. Deve preocupar-se em como melhorar a satisfação do trabalho na enfermagem, compreendendo sua dimensão e, após, o que promove satisfação ao realizá-lo. Entender como satisfazer, quem o realiza e quem o recebe (PAIVA et al., 2010).

Segundo Marquis e Huston (2010), o administrador deve incluir no processo de planejamento todas as pessoas e unidades que podem ser afetadas pelo plano. O envolvimento de todos na forma de realizar as tarefas, bem como quem as fará, aumenta o compromisso com a conquista das metas. O administrador também precisa comunicar, com clareza, as metas e as responsabilidades individuais específicas a todos os responsáveis pela execução dos planos, a fim de que o trabalho seja coordenado.

Kurcgant (2010) coloca que o planejamento costuma ser reduzido apenas à sua dimensão técnica, ou seja, a um conjunto de ações que visam colocar uma ação em prática. Poucas têm sido as discussões ou produções na enfermagem que associam o planejamento a questões político-ideológicas e de poder, que lhe são inerentes. O planejamento costuma ser tratado apenas em sua dimensão técnica.

Para a autora (2010) o planejamento estratégico consiste em um potente instrumento do processo de trabalho gerencial, permitindo ao gestor lançar mão das ações preventivas e contingenciais. As ações preventivas são aquelas que buscam eliminar ou minimizar as possíveis causas potenciais de um problema, reduzindo sua probabilidade de ocorrência. As ações contingenciais facilitam tomar providências para compensar ou minimizar os efeitos de um problema potencial e elevada gravidade, caso ele ocorra em um cenário não favorável. Assim, constrói competências para planejar, permitindo ampliar a capacidade de análise de problemas e, conseqüentemente, tende a qualificar os processos decisórios.

3 MÉTODO

A aplicação da metodologia define métodos e técnicas de pesquisa, possibilitando a coleta de dados e o processamento dos mesmos para se chegar a uma interpretação de determinado fenômeno, objetivando a resolução de uma questão a ser investigada.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, a partir de uma abordagem qualitativa. Esse delineamento permitiu abranger a proposição do problema investigado nas dimensões da gestão de serviço de enfermagem e qualificação da assistência.

Objetivos como o de verificar de que modo as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento, são característicos de pesquisas qualitativas, que se prestam ainda para casos em que o objetivo é a “demonstração lógica das

relações entre conceitos e fenômenos, com o objetivo de explicar a dinâmica dessas relações em termos intersubjetivos” (MENDES, 2006, p. 11).

Gaskell (2002, p. 65) afirma:

A pesquisa qualitativa fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivação, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

De acordo com o autor (2002), a compreensão na visão dos sujeitos da pesquisa é característica do método qualitativo quando o ensejo é “o fornecimento de uma descrição detalhada de um meio social específico, uma base para construir um referencial para pesquisas futuras e fornecer dados para testar expectativas e hipóteses desenvolvidas fora de uma perspectiva teórica específica”.

A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Ela parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo para a análise de conteúdo: da teoria à prática, em pesquisas sociais aplicadas às organizações, na medida em que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos, pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos, segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995, p. 58).

Segundo Godoy (1995, p. 58):

Sob a denominação de pesquisa qualitativa encontram-se variados tipos de investigação, apoiados em diferentes quadros de orientação técnica e metodológica, tais como o interacionismo simbólico, a etnometodologia, o materialismo dialético e a fenomenologia.

Assim, para a investigação dos dados de uma pesquisa qualitativa, existem algumas técnicas singulares, fundamentadas em correntes, pensamentos e abordagens diversas, esse estudo contempla uma das técnicas utilizadas para a interpretação de dados oriundos de pesquisas qualitativas, a saber, a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A investigação foi desenvolvida em um hospital privado, pertencente a uma Operadora de Plano de Saúde da cidade de Caxias do Sul, no estado do Rio Grande do Sul. Este hospital possui 167 leitos de internação, distribuídos em unidades clínicas, cirúrgicas, pediátrica, obstétrica e terapia intensiva. Possui um quadro funcional de 600 profissionais, dentre esses 358 (59,66%) são da equipe de enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros). É um hospital considerado geral, de médio porte. Atende convênio próprio e outros convênios, não atende SUS.

Possui uma área de emergência composta por: plantão clínico, pediátrico, cardiológico e obstétrico 24 horas por dia, sete dias por semana. Tem uma média de 6.000 atendimentos/mês, dentre as especialidades citadas acima. Possui ambulatório traumatológico e escalas de sobreaviso de neurologia, cirurgia geral e pediátrica, oftalmologia, cirurgia vascular, nefrologia, urologia, gastroenterologia.

Conta com duas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto, com dez leitos cada uma. Uma delas de caráter cardiológico, denominada Unidade Coronariana, onde, predominantemente, ficam pacientes com comorbidade cardiológica. Os leitos estão dispostos de forma individual e estão preparados para atendimento de alta complexidade, como pós-operatório de cirurgia cardíaca e neurológica, dentre outras.

Possui uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátrica, com seis leitos, também dispostos em quartos individuais e uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal com dez leitos disponíveis.

O Centro Cirúrgico é composto por Bloco Cirúrgico, que possui sete salas preparadas para realizar cirurgias complexas; Centro Obstétrico, que possui duas salas para parto cirúrgico e uma sala para parto normal, berçário, salas de pré-parto e leitos de recuperação para alojamento conjunto; Sala de Recuperação pós anestésica com quinze leitos e uma Central de Materiais Esterilizados, que atende toda a estrutura hospitalar e alguns serviços terceirizados, que exercem atividades dentro da estrutura hospitalar. Conta com alta tecnologia para a esterilização de materiais como: lavadora ultrassônica, termodesinfectoras, autoclaves com tecnologia de esterilização a vapor e a frio pelo método de formol.

A internação é composta por: seis unidades, um setor de internação clínico geral, um setor de internação clínico oncológico, um setor de internação cirúrgico geral e um setor de internação cirúrgico traumatológico, além de uma unidade de pediatria e uma unidade obstétrica que agrega quatro leitos de aquisição de peso, totalizando 92 leitos.

A instituição realiza o planejamento estratégico que é projetado para um prazo de três anos. Anualmente, o planejamento é ajustado e realinhado, conforme mudanças apresentadas no cenário externo (análise ambiental) e interno (análise organizacional).

Utilizam como base referencial a metodologia do *Balanced Scorecard* de Norton e Kaplan (1997) e constroem o mapa estratégico institucional a partir das perspectivas de aprendizado e crescimento, processos internos, de clientes e de sustentabilidade.

As metas e objetivos estratégicos são definidos e, a partir disso, ocorre a identificação dos indicadores para garantir o acompanhamento e avaliação dos resultados.

O material contendo o planejamento estratégico institucional foi disponibilizado pela instituição à pesquisadora e ao grupo de enfermeiros, para que a proposta do alinhamento na construção do planejamento estratégico do serviço de enfermagem fosse idealizada. Entretanto, a instituição disponibilizou o mesmo, apenas como material disparador para as reuniões de grupo, por tratar-se de informações estratégicas da organização o material, a pedido da Direção, não será anexado neste estudo.

O desafio que se apresenta no momento é que cada departamento que compõe a estrutura organizacional deve construir seu planejamento alinhado à estratégia, visão e metas institucionais, desdobrando-os em ações táticas e operacionais que, ao longo do ano, precisam ser acompanhadas, avaliadas e ajustadas conforme o cenário interno e externo for se apresentando.

O Serviço de Enfermagem nasceu com a inauguração do hospital há 20 anos. O quadro de pessoal atual do serviço possui: 75 enfermeiros (20,94% do quadro total da enfermagem) e 283 técnicos de enfermagem (79,05% do quadro total da enfermagem).

É composto por unidades de trabalho que compõem cinco grandes áreas, conforme organograma (Anexo I), apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Relação das áreas do Serviço de Enfermagem

Área Adulto	Corresponde à unidade de emergência, unidades de terapia intensiva adulto, unidades de internação clínica e cirúrgica adulto e serviço de hemodiálise. É composta por uma coordenação, uma supervisão de enfermagem, 32 enfermeiros gestores e cinco enfermeiros assistenciais.
Área Materno-Infantil	Corresponde à unidade de centro obstétrico, de terapia intensiva neonatal, de terapia intensiva pediátrica, de internação obstétrica e aquisição de peso e a unidade de internação pediátrica. É composta por uma coordenação, uma supervisão de enfermagem, 20 enfermeiros gestores e dois enfermeiros assistenciais.
Área Centro Cirúrgico	Corresponde à unidade de bloco cirúrgico, a sala de recuperação pós-anestésica e a central de materiais. É composta por um coordenador e seis enfermeiros gestores.
Área Diagnóstico	Corresponde aos profissionais de enfermagem atuando em métodos diagnósticos como: RX, ecografia, ressonância magnética, tomografia, densitometria, mamografia, ecocardiografia. É composta por um coordenador e um enfermeiro assistencial.
Área Atendimento Domiciliar	Corresponde ao serviço de atendimento domiciliar e desospitalização. O atendimento domiciliar corresponde aos atendimentos ao domicílio e a desospitalização compreende o acompanhamento da internação e preparo para alta, juntamente com equipe multiprofissional. É composta por quatro enfermeiros gestores e uma nutricionista.

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Conta com uma enfermeira gerente assistencial, que responde administrativamente e assistencialmente pelo serviço de enfermagem do hospital. Uma enfermeira coordenadora da área adulto, compreendendo o setor de emergência, UTI's adulto, unidades de internação clínico e cirúrgico adulto e serviço interno de hemodiálise. Uma enfermeira coordenadora da área materno-infantil, contemplando centro obstétrico, UTI pediátrica, UTI neonatal, unidade de internação pediátrica e unidade de internação obstétrica e aquisição de peso. Uma enfermeira coordenadora do centro cirúrgico, contemplando bloco cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica e central de materiais esterilizados. Uma enfermeira coordenadora da área de diagnóstico por imagem e 4 enfermeiros do serviço de atendimento domiciliar. Conta também com uma supervisora na área materno-infantil e uma supervisora na área adulto; enfermeiros gestores em todas as unidades de trabalho; enfermeiros assistenciais nas unidades de internações adulto, materno-infantil, emergência, UTI's e diagnóstico por imagem e técnicos de enfermagem. Os cargos do serviço de enfermagem que compõem a estrutura organizacional do hospital em estudo são descritos brevemente a seguir, de acordo com o Regimento de Enfermagem (2015):

a) Gerente Assistencial / de Enfermagem:

- ser responsável pela gestão administrativa e assistencial do serviço de enfermagem do hospital;
- responder tecnicamente junto ao COREN, pela instituição no âmbito assistencial da enfermagem.

b) Coordenadores de Áreas:

- planejar, coordenar e acompanhar o trabalho das áreas de sua competência.

c) Supervisores de Enfermagem:

- dar suporte operacional às equipes, acompanhando continuamente os processos que envolvem a área;
- trabalhar em conjunto com a coordenação da área na formulação e execução de estratégias e melhorias.

d) Enfermeiros Gestores:

- executar todas as atividades atribuídas, de acordo com a Lei do Exercício Profissional.
- gerir equipe e unidade de trabalho.

e) Enfermeiros Assistenciais:

- executar todas as atividades assistenciais atribuídas, de acordo com a Lei do Exercício Profissional;
- ser responsável pela execução da assistência, atendimento e orientação à família.

f) Técnicos de Enfermagem:

- executar todas as atividades de nível médio atribuídas, de acordo com a Lei do Exercício Profissional.

O Serviço de Enfermagem tem como foco a assistência integral através da sistematização da assistência de enfermagem que ainda está em processo de estruturação com a organização do processo de enfermagem no cumprimento de suas cinco etapas.

Sua filosofia de trabalho é prestar assistência integral de enfermagem, buscando a qualidade e a humanização no atendimento; visando o desenvolvimento de recursos humanos através de programas de educação continuada; cumprindo sua função e respeitando os preceitos ético-legais e princípios fundamentais da enfermagem.

Possui um regimento interno onde constam as principais definições e diretrizes do serviço e o descritivo de cargo detalhado dos profissionais, além de outras considerações de funcionamento e regras internas do serviço e institucionais.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo envolveu a participação de enfermeiros que atuam em cargos administrativos e assistenciais, nas unidades de trabalho que compõem a estrutura do Serviço de Enfermagem do hospital, que corresponde a 75 enfermeiros. Optou-se por manter fora do estudo os enfermeiros da área de atendimento domiciliar devido às atuais discussões internas do redimensionamento da referida área para a gestão do plano de saúde da instituição e não mais do hospital. Para a proposta de estudo, selecionou-se intencionalmente, dos 75 enfermeiros, 9 enfermeiros participantes, dentre eles a pesquisadora que é a gerente de enfermagem do serviço, conforme Quadro 4.

Quadro 4 – Relação de enfermeiros participantes do estudo

CARGO	ÁREA	PARTICIPANTES DO ESTUDO
Gerente Enfermagem	Enfermagem	1
Coordenadores de áreas	Adulto, Materno-Infantil, Centro Cirúrgico e Diagnóstico	4
Enfermeiros gestores/assistenciais	Adulto, Materno-Infantil, Centro Cirúrgico e Diagnóstico	4
TOTAL		9

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram:

- a) enfermeiros com período de atividade laboral de, no mínimo, cinco anos de atuação profissional;

- b) enfermeiros com atuação na instituição de, no mínimo, 3 anos;
- c) enfermeiros coordenadores das áreas adulto, materno-infantil, centro cirúrgico e diagnóstico;
- d) enfermeiro gestor, representante da área adulto, materno-infantil, centro cirúrgico e diagnóstico.

A definição intencional de um representante enfermeiro de cada área levou em conta, além dos critérios de inclusão, as características do perfil profissional relacionadas ao interesse, à participação, ao comprometimento e à responsabilidade no exercício da função, o que é determinante para se obter um resultado positivo na construção do trabalho proposto.

Definiu-se a amostra considerando a participação de um enfermeiro gestor e um enfermeiro assistencial de cada área das unidades de trabalho que compõe o serviço de enfermagem, de forma a manter a representatividade da área no estudo e na elaboração das ações. Tendo em vista que a pesquisadora ocupa o cargo de gerente do serviço de enfermagem, a inclusão da mesma como participante ocorreu em virtude de que o foco do estudo trata-se da construção de planejamento estratégico do serviço de enfermagem, bem como pelo poder de decisão junto à administração da instituição.

No decorrer da pesquisa, duas participantes foram remanejadas em razão de necessidade de serviço da instituição. A pesquisadora, diante desta situação de deslocamento interno de recursos humanos, optou por manter na pesquisa as participantes, tendo em vista que ambas possuem representatividade na área onde atuavam como responsáveis na enfermagem.

Critérios de exclusão foram:

- a) enfermeiros que estivessem desempenhando papel de substituto de folgas e férias;
- b) enfermeiros que estivessem em licença ou férias.

Para August (1993), apesar do número de participantes variar consideravelmente (dependendo do tamanho e da natureza do projeto que esteja sendo construído), não mais do que 15 pessoas deverão estar na sala de reuniões ao mesmo tempo, considerando técnicas de coleta de dados que envolvam um grupo de pessoas.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu através dos passos da pesquisa-qualitativa exploratória e descritiva, realizada com base no método *Joint Application Design (JAD)*, que foi desenvolvida pela International Business Machines (IBM), em 1977, e implantada no Brasil em 1982. Corresponde às discussões de *brainstorming* para acelerar e consolidar o desenvolvimento de aplicações de sistemas de informação (AUGUST, 1993).

Baseada em reuniões, a técnica *JAD* permite que todos compartilhem a mesma visão do produto e tenham o mesmo senso de responsabilidade e comprometimento sobre seu desenvolvimento e sucesso. Todos os participantes são co-autores da construção (AUGUST, 1993).

Apesar de ter sido criada para acelerar o desenvolvimento de softwares, esta metodologia não tem sido utilizada apenas na área da tecnologia de informações, mas por aqueles que trabalham com projetos ou que tomam decisões que envolvem e afetam diversas áreas da organização (AUGUST, 1993).

Para August (1993), essa metodologia reúne usuários e profissionais de sistemas (ou de forma adaptada, profissionais envolvidos em serviços ou projetos comuns), possibilitando-os compartilhar ideias e crescer com a experiência de cada um. Promove o trabalho em grupo, produzindo soluções sinérgicas e uma forte confiança no sucesso da implementação do trabalho. Envolve quatro princípios, segundo cita August (1993, p. 5):

- a) dinâmica de grupo: facilita o entendimento das necessidades e a participação dos envolvidos nas áreas que compreendem o projeto, assim como incentivam a criatividade e inovação de cada uma delas na criação de uma nova solução. As reuniões devem ser conduzidas por um facilitador e contar com os recursos responsáveis por prover informações pertinentes ao desenvolvimento do projeto;
- b) uso de recursos visuais: as técnicas visuais facilitam a comunicação e o entendimento no grupo;
- c) manutenção de um processo organizado e racional: analisa o projeto de forma completa (*top-down*), garantindo visão e análise completa e profunda do trabalho;
- d) utilização de documentação padrão: as reuniões são documentadas e é importante que os documentos gerados sejam entendidos por todos, onde cada um deverá dar o aval estando de acordo com as decisões tomadas.

A técnica se divide em duas etapas: o *JAD* plano e o *JAD* projeto. O planejamento contempla elicitar e especificar os requisitos e o projeto contempla a

fase de gerenciamento e desenvolvimento do sistema ou de outro projeto proposto. Cada etapa se divide em três fases: adaptação, que prepara o material que será utilizado durante as reuniões e provê os recursos necessários para as reuniões; a sessão, que são as reuniões propriamente ditas, onde o trabalho é desenvolvido e documentado e a finalização, onde ocorre a convergência dos requisitos extraídos em um documento de especificação de requisitos (AUGUST, 1993). O autor cita também os benefícios da metodologia, tais como: maior produtividade; maior qualidade; trabalho em equipe e baixo custo.

O *JAD* melhora a abordagem tradicional, ao incluir profissionais que planejam o serviço e profissionais que executam o serviço. Os que planejam não precisam passar por um longo processo de tentar dominar o conhecimento e a experiência de quem executa o serviço, a fim de adivinhar o que esses querem de um planejamento. Os profissionais executores trazem para a mesa seus conhecimentos dos aspectos que envolvem o serviço. São encorajados a gerar novas ideias e a discutir abertamente suas concepções. Naturalmente, resultará em um projeto com maior qualidade e inovação (AUGUST, 1993).

3.4.1 Técnica de coleta de dados

A fase exploratória foi realizada com nove enfermeiros que compõem o serviço de enfermagem do hospital em estudo, que foram selecionados a partir dos critérios de inclusão e convidados a integrar as reuniões, organizadas a partir da metodologia *JAD*, técnica definida como escolha para a coleta de dados e o desenvolvimento do estudo. A coleta de dados ocorreu após a aprovação do estudo, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unisinos, no mês de março e abril de 2016.

O processo real de apuração de objetivos e requisitos para a criação de um projeto (com a visão do profissional que executa o serviço) aconteceu durante a fase de reuniões. O *JAD* utiliza dinâmica de grupo para gerar ideias e tomar decisões que resultem em soluções inovadoras e que imponham sinergismo ao projeto (AUGUST, 1993).

Na fase de reuniões, as pessoas certas integram-se em um ambiente de grupo a fim de entender melhor, avaliar e definir as especificações do trabalho a ser desenvolvido. O líder de reunião orienta o processo, guiando representantes do grupo através de tarefas estruturadas. O líder poderá contar com um analista que auxiliará

no controle e registro dos trabalhos, também podendo fornecer dados para discussões (AUGUST, 1993).

Para o desenvolvimento do estudo, o grupo recebeu um roteiro escrito (Apêndice A) para a condução do trabalho da construção coletiva do planejamento estratégico participativo do serviço de enfermagem, onde constavam detalhadas as etapas a serem trabalhadas em cada reunião, conforme descrito no Quadro 5.

Quadro 5 - Reuniões e atividades da construção do planejamento estratégico (continua)

	DATA DE REALIZAÇÃO	ATIVIDADE PROPOSTA	MATERIAL DISPARADOR PARA A ATIVIDADE
Reunião 1	13/4/16	Apresentação da proposta de trabalho e combinações gerais com o grupo.	Apresentação, em recurso multimídia, do resumo da proposta de pesquisa relacionada à construção de planejamento estratégico participativo para o serviço de enfermagem do hospital do estudo. Apresentação do projeto ao grupo de participantes, contemplando objetivos, meta, metodologia, referencial teórico, cronograma e roteiro.
Reunião 2	20/4/16	Definição da missão, visão e valores do Serviço de Enfermagem do Hospital.	A pesquisadora encaminhou, por e-mail, a cada participante, o referencial teórico, relacionado à construção da missão, visão e valores, como recurso para auxiliar no desenvolvimento das próximas reuniões. Realizou-se a discussão e análise de referencial teórico relativo à missão, visão e valores de uma empresa ou serviço para otimizar a construção coletiva.

			Realizou-se a leitura da missão, visão e valores institucionais. Analisou-se o atual regimento do serviço de enfermagem.
Reunião 3	27/4/16	Construção Matriz <i>SWOT</i>	A pesquisadora encaminhou, por e-mail, às participantes, embasamento teórico para melhor entendimento da construção da matriz <i>SWOT</i> . Realizou-se a leitura do referencial teórico encaminhado ao grupo pela pesquisadora.
Reunião 4	04/5/16	Análise da Matriz <i>SWOT</i> e construção do mapa estratégico	Realizou-se a leitura e discussão do referencial teórico relacionado à metodologia <i>BSC</i> . Apresentou-se o mapa estratégico institucional. Analisou-se o material organizado e encaminhado pela pesquisadora, onde as forças, fraquezas, ameaças e oportunidades foram agrupadas em cada perspectiva do <i>BSC</i> . Discorreu-se à acerca da construção do mapa estratégico do serviço.
Reunião 5	11/5/16	Descrição de Negócios das Áreas	Realizaram-se os esclarecimentos sobre a descrição de negócio de acordo com o modelo de Falconi (2004) e orientação da pesquisadora. Definiram-se as áreas a serem descritas como negócio.
Reunião 6	17/5/16	Construção do plano de ações mediante ferramenta <i>5W2H</i> .	A pesquisadora iniciou a reunião, motivando as participantes a serem criativas e inovadoras na construção do plano de ações, mediante a análise de todo o material construído anteriormente. Apresentou-se a ferramenta <i>5W2H</i> .
Reunião 7	20/5/16	Finalização da construção do plano de ações mediante ferramenta <i>5W2H</i> .	O encontro foi iniciado pela pesquisadora, fazendo uma revisão das ações já elaboradas anteriormente.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

De acordo com August (1993), o formato das reuniões em *JAD* segue um padrão típico, consistindo em quatro passos:

- a) apresentação da tarefa: depois que o líder define a atividade, os participantes oferecem suas ideias sobre o tópico. Este é um momento de criatividade e inovação, pois os participantes discutem várias soluções

alternativas. Quando surgem opiniões conflitantes, o líder de reunião encoraja os integrantes a desenvolver soluções novas e sinérgicas. Uma ideia, frequentemente, origina outra, já que pessoas de diferentes áreas da organização ouvem os pontos de vista e preocupações de cada um;

- b) avaliação: os participantes decidem se encontraram uma boa solução, coerente com as decisões tomadas previamente. O líder de reunião deve ajudar os participantes a chegar a um consenso para essa solução;
- c) compromisso: quando os participantes da reunião chegam a um acordo, o líder resume a solução e o analista registra. Todos concordam e se tornam comprometidos com o projeto;
- d) fase de fechamento: são produzidas as saídas formais do trabalho. As discussões são transformadas em documentos formais.

As reuniões foram realizadas no hospital, buscando favorecer o acesso e a adesão das participantes à pesquisa. Os locais e horários específicos para as reuniões foram agendados no primeiro encontro, conforme roteiro previsto, considerando-se a disponibilidade das participantes e da pesquisadora. Os enfermeiros que participaram do estudo e não estavam em horário de trabalho, foram orientados a registrar o ponto e as horas geradas foram computadas em banco de horas.

3.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados originados das reuniões, foi utilizada a análise temática de conteúdo, conforme Bardin (2011). Esta análise envolveu o recorte das falas durante os encontros, que posteriormente foram ordenadas e classificadas em categorias já definidas a priori e suas unidades de significação. Os dados foram tratados descritivamente com indicação de frequência absoluta às unidades de registro que compõem cada categoria, possibilitando sua análise.

Para Bardin (2011) a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

O método de análise de conteúdo envolve algumas etapas como: a organização da análise contempla a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretações; a codificação, envolvendo as unidades de registro e de contexto, regras de enumeração e análise quantitativa e análise qualitativa; a categorização; e a inferência (BARDIN, 2011).

Conforme Bardin (2011), as diferentes fases da organização da análise de conteúdo ocorrem em torno de três polos cronológicos que seguem relacionados:

- a) pré-análise, que corresponde à fase da organização. Tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final;
- b) exploração do material, que é a fase de análise, é a aplicação sistemática das decisões tomadas. Esta fase é longa e fastidiosa, consiste, essencialmente, em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas;
- c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (análise fatorial), permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise. O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

A codificação é o tratamento do material. Corresponde à uma transformação, efetuada segundo regras precisas, dos dados brutos do texto, que por recorte, agregação ou enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da expressão; suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices. Compreende três escolhas: o recorte (escolha das unidades); a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação e a agregação (escolha das categorias) (BARDIN, 2011).

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto de diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos. O critério de categorização pode ser semântico (categorias temáticas), sintático (os verbos, os adjetivos), léxico (classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos) e expressivo (categorias que classificam as diversas perturbações de linguagem) (BARDIN, 2011).

A inferência é a dedução de maneira lógica, é o fornecimento de informações suplementares ao leitor crítico de uma mensagem, que deseja distanciar-se da sua leitura aderente, para saber mais sobre esse texto. Designa indução a partir dos fatos. A análise de conteúdo constitui um bom instrumento de indução para se investigar as causas (variáveis inferidas), a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores referencias no texto) (BARDIN, 2011). Para a autora (2011), o desenvolvimento de uma análise passa por uma pré-análise, através de uma leitura flutuante que gerará a formulação das hipóteses e dos objetivos, seguido de exploração do material e tratamento dos resultados e interpretações que envolvem operações estatísticas, síntese e seleção dos resultados, inferências e interpretações com outras orientações para uma nova análise ou a utilização dos resultados de análise com fins teóricos ou pragmáticos.

4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNISINOS para avaliação, sendo aprovado com número de parecer 1.322.560. A pesquisa foi realizada em março e abril de 2016.

A pesquisadora enviou uma carta de anuência, conforme (Anexo II) para a instituição cenário da pesquisa, endereçada ao representante legal. Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, os dados foram coletados.

Os enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE B). O TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma em poder do participante da pesquisa e outra com a pesquisadora responsável pelo estudo. Foi garantido anonimato, sendo os enfermeiros identificados com números arábicos, bem como preservada a confidencialidade das informações obtidas. A pesquisa apresentou riscos mínimos aos participantes tais como: a preocupação ou constrangimento em se manifestar durante as discussões mediante o estudo contemplar integrantes que desempenham função de liderança sob outros que também integraram o grupo. Em decorrência disso, na abertura do estudo a pesquisadora esclareceu às participantes que em se tratando de uma pesquisa seria necessário trazer para as discussões diferentes pontos de vistas e contrapontos para assim enriquecer os resultados, salientou a necessidade do grupo se sentir a vontade em participar das discussões trazendo sua

visão e percepção dos temas abordados e reforçou o exposto no TCLE de que os enfermeiros poderiam desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isto trouxesse prejuízo a eles. Os dados audiogravados nas sessões grupais serão guardados por cinco anos, em posse da pesquisadora e depois deletados, conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, pois esta pesquisa, por envolver seres humanos, irá atender às exigências éticas e científicas fundamentais como a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade (BRASIL, 2013).

4.1 DIVULGAÇÃO

Os resultados serão utilizados para publicações em revistas, educação continuada e congressos de enfermagem e apresentados à instituição de referência do estudo para que estratégias voltadas para a gestão possam ser desenvolvidas no Serviço de Enfermagem.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção coletiva do planejamento estratégico do serviço de enfermagem foi realizada por meio de reuniões agendadas e planejadas *a priori*, seguindo o percurso metodológico proposto neste estudo.

As reuniões foram realizadas pela pesquisadora, que procedeu ao desenvolvimento da metodologia JAD (*Joint Application Design*), com a construção ativa da proposta do estudo pelas participantes na condição de coautores. O recurso auxilia na promoção do trabalho em grupo, produzindo soluções sinérgicas, bem como uma forte confiança no sucesso da implementação do trabalho e o comprometimento com o resultado (AUGUST, 1993). A proposta foi desenvolvida em sete encontros, com duração de, aproximadamente, duas horas para cada reunião. As principais evidências de cada encontro estão descritas no Quadro 6.

Quadro 6 - Reuniões e principais evidências da construção do planejamento estratégico
(continua)

	DATA DE REALIZAÇÃO	ATIVIDADE PROPOSTA	PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS DO RELATÓRIO DE CAMPO
Reunião 1	13/4/16	Apresentação da proposta de trabalho e combinações gerais com o grupo.	Após o entendimento da proposta de trabalho, ciência e assinatura dos termos de consentimento, livre e esclarecido, e esclarecimento de dúvidas gerais, estabeleceram-se as combinações dos encontros, como: local, dia da semana, horário e duração.

Reunião 2	20/4/16	Definição da missão, visão e valores do Serviço de Enfermagem do Hospital.	A priori foram definidas as categorias desta etapa do trabalho. A partir de discussões, as participantes definiram a missão, visão e valores do serviço de enfermagem do hospital. Devido à possibilidade do tempo programado, foi iniciado o levantamento da matriz <i>SWOT</i> .
Reunião 3	27/4/16	Construção Matriz <i>SWOT</i>	A priori foram definidas as categorias desta etapa do trabalho. Construção da matriz <i>SWOT</i> do serviço de enfermagem. Combinações para o próximo encontro e para o envio, pela pesquisadora, de referencial teórico relacionado à construção do mapa estratégico, mediante metodologia <i>BSC</i> .
Reunião 4	04/5/16	Análise da Matriz <i>SWOT</i> e construção do mapa estratégico	A priori foram definidas as categorias desta etapa do trabalho. Definição de objetivos estratégicos para cada perspectiva, alinhados aos objetivos estratégicos institucionais. A pesquisadora estabeleceu, com as participantes, as combinações para a próxima reunião. A pesquisadora solicitou às participantes de cada área assistencial que trouxessem os indicadores já construídos para proceder à definição dos indicadores a partir da descrição do negócio.
Reunião 5	11/5/16	Descrição de Negócios das Áreas	A priori foram definidas as categorias desta etapa do trabalho. Mediante divisão de subgrupos entre as participantes para a realização da descrição de negócio de sua área, utilizando o modelo de Falconi (2004), foi descrito o negócio das seguintes áreas: unidades de internação adulto e materno infantil; UTI's adulto, neonatal e pediátrica; bloco cirúrgico; centro obstétrico; emergência e diagnósticos por imagem. Combinações para o próximo encontro.
Reunião 6	17/5/16	Construção do plano de ações mediante ferramenta <i>5W2H</i> .	O grupo entendeu que o plano poderia começar, sendo descrito a partir da análise de cada objetivo estratégico, assim, procederam-se às discussões para as ações propostas. O encontro foi encerrado, devido ao tempo proposto que foi alcançado, porém como o plano não foi finalizado, o grupo concordou em agendar a data 20/5 para finalização do trabalho.
Reunião 7	20/5/16	Finalização da construção do plano de ações mediante ferramenta <i>5W2H</i> .	Finalização do plano de ações. A pesquisadora se comprometeu a organizar as ações e completar dados na ferramenta. Foi combinado que o material seria encaminhado às participantes, para fazerem a análise final e dar retorno, até dia 30/5/16, por e-mail, à pesquisadora, caso identificassem a necessidade de algum ajuste. *

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

* Os retornos foram passados e o trabalho foi concluído.

Após a degravação das falas das participantes e submissão à análise de conteúdo, proposto por Bardin (2011), evidenciaram-se unidades de significação, tendo as categorias definidas *a priori* (com exceção da etapa de construção do plano de ação) conforme o material disparador utilizado nas reuniões de grupo, as quais seguem relacionadas de acordo com cada etapa desenvolvida. Identificou-se que a pesquisadora apresentou às participantes, os pontos disparadores que embasam o serviço de enfermagem e os tópicos para a construção do planejamento estratégico deste, conforme a sequência de realização.

Para chegar às unidades de significação que sustentam e fundamentam o serviço de enfermagem, o grupo se embasou em referenciais teóricos relacionados aos temas propostos e ao alinhamento do planejamento estratégico institucional. As discussões promoveram análises e ponderações de diferentes enfoques, porém elegeram-se pontos de concordância entre o grupo para assim chegar às definições propostas.

5.1 DEFINIÇÃO DE MISSÃO, VISÃO E VALORES DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A primeira etapa gerou as unidades de significação relacionadas à definição da missão, visão e valores do Serviço de Enfermagem e representam os pilares que embasam cada categoria e que sustentam o serviço, conforme segue representado no Quadro 7.

Quadro 7 - Unidades de significação dos pilares que embasam o Serviço de Enfermagem

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
MISSÃO	Assistência Segurança Qualidade Integral Humanização Clientes (família, paciente, médicos, outros serviços, áreas) Educação permanente Autossustentável Excelência
VISÃO	Referência regional Credibilidade e reconhecimento Visibilidade Comprometimento Humanização Método

VALORES	Sustentação do serviço Alinhamento Valores Institucionais Valores específicos do serviço Princípios básicos Atributos Norteadores de condutas Espiritualidade e humanização Transparência Sustentabilidade Compromisso com qualidade e segurança Desenvolvimento contínuo Envolvimento e pertencimento Ética Trabalho em equipe
----------------	---

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

As unidades de significação foram desveladas por elementos disparadores do Planejamento Estratégico Institucional (2016) e para tanto as participantes realizaram a análise e interpretação da missão, visão e valores institucionais. Assim sendo, discutiram o alinhamento com as definições do serviço de enfermagem, diante do que consideravam importante ser contemplado, buscando evidenciar características chaves que norteassem as definições e elaborando as afirmativas que correspondessem às ideias do grupo de trabalho.

A seguir, serão apresentados os conceitos, definidos pelas participantes:

- **MISSÃO:** Proporcionar aos clientes uma assistência de enfermagem segura, humana, integral e atualizada, primando pela excelência e sustentabilidade do serviço.

O grupo entendeu a missão como um norteador para o desenvolvimento do serviço, como uma base de onde partem todas as demais definições e apontaram como essencial para a definição da missão, a busca contínua de atualização através da educação em serviço e a prestação de uma assistência integral e humana, considerando cada indivíduo como ser humano único. As participantes trabalharam preocupadas em embasar a missão em pilares que sustentassem as bases da prestação de uma assistência segura, qualificada e autossustentável, tornando o serviço fortalecido e com credibilidade. O grupo demonstrou maturidade, harmonia e consenso nas discussões e chegou a uma definição que traduz a essência do serviço e norteia os profissionais no desenvolvimento de suas atividades, conforme os depoimentos a seguir, transcritos a partir das reuniões:

A gente tem que pensar que tudo que nós definirmos aqui, a gente tá representando um grupo todo, o serviço de enfermagem, então assim [...] a gente tem que pensar assim, talvez sair de um conceito assim muito amplo, talvez que não tenha um entendimento tão bom lá na base sabe? (P1).¹

Eu acho que a gente tem que fazer a missão da enfermagem bem voltada a esta questão de assistência segura de qualidade, acho que um pouco a humanização né? Nossa missão é fazer um atendimento mais humanizado (P7).

A assistência precisa ser segura, atualizada e sustentável porque a empresa trabalha muito com isto né? E o serviço de enfermagem tem que fornecer a sustentabilidade pra instituição, porque se a gente não garantir isso, nós vamos reduzir pessoas (P2).

De forma humanizada e primando pela valorização do ser humano na sua integralidade (P3).

De acordo com Bork (2011), a enfermagem necessita determinar os fundamentos que sustentam suas ações, devendo estar em consonância com o conhecimento científico vigente, necessidades da comunidade e metas da instituição. A autora (2011) reitera a importância de definir a missão do serviço e alinhá-la ao conhecimento do exercício profissional, às necessidades dos clientes e ao plano estratégico da instituição.

Para Marquis e Huston (2015), o enunciado da missão é a mais alta prioridade na hierarquia de planejamento, uma vez que influencia o desenvolvimento da filosofia, das metas, dos objetivos, das políticas, dos procedimentos e das regras de uma organização ou do serviço. As medidas tomadas, em todos os níveis da organização ou serviço, devem ser congruentes com sua missão declarada. Por isso, os autores (2015) defendem que é tão importante envolver indivíduos de todos os escalões da organização na elaboração de enunciados da missão.

Levando em conta o enunciado que as participantes definiram como missão do serviço de enfermagem em estudo, Alves (2012) e Dias et al. (2011), afirmam que o crescente avanço das tecnologias disponíveis e a necessidade de atender e superar as expectativas dos clientes, de forma sustentável e segura, têm levado as empresas e serviços a buscarem por qualidade, objetivando a estruturação de um sistema gerencial sistêmico, com foco no cliente, liderança e envolvimento dos colaboradores, utilização de indicadores, com monitoramento e avaliações constantes.

Hoje é evidente que a qualidade visa, principalmente, ao controle rígido e contínuo da segurança dos processos que envolvem o principal cliente das

¹ P = participante do grupo, envolvido na colaboração do presente trabalho.

organizações de saúde, o paciente. Luongo et al. (2011), defendem que a humanização no atendimento é um aspecto importante para assegurar qualidade do serviço prestado ao cliente. A humanização garante princípios constitucionais, baseados no respeito à dignidade da pessoa humana em seus direitos e garantias fundamentais. Dificilmente existirá qualidade no serviço executado se a humanização não estiver presente. Um atendimento humanizado contempla o reforço das relações interpessoais, principalmente as que se referem à comunicação verbal e a não verbal, às limitações do cliente, à sua intimidade e ao respeito à sua cultura e crença.

Na perspectiva de sustentabilidade, citada pelas participantes como um aspecto a ser contemplado no enunciado da missão do serviço, Couto e Pedrosa (2007) referem que a inserção da organização hospitalar brasileira, hoje, em um mercado de crise, dentro de um cenário econômico e financeiro preocupante, gera a necessidade da implementação de serviços que façam uma gestão adequada dos recursos, viabilizando o negócio em médio e longo prazo.

- **VISÃO:** Ser reconhecido, na comunidade regional, pela excelência do cuidado prestado, através da sistematização da assistência de enfermagem.

Nessa categoria, as participantes desenvolveram muitas discussões relativas à construção da visão, houve momentos em que o grupo se mostrou confuso entre os conceitos de missão e visão, o que impulsionou o grupo a optar por um conceito de visão que contemplasse uma definição objetiva que traduzisse uma meta. Os depoimentos abaixo evidenciam esta definição:

A visão é onde a gente quer chegar, não é? Com o serviço de enfermagem (P5).

Qual é que é a nossa visão? É onde a gente quer chegar, mas aí como a gente vai chegar, daí é outra história, né? Mas agora, aqui, é onde a gente quer chegar (P1).

Eu entendo tecnicamente a visão como algo mais rápido, tipo ser reconhecido o melhor na região, como uma meta. Sabe, tipo aonde eu quero chegar (P3).

Korbes (2010) esclarece que definir a visão é descrever os sonhos e os ideais que serão buscados pela organização para o futuro. Expressa motivação, direção, energia, imagem, filosofia que guia a empresa. A partir da visão, é possível vislumbrar

o ponto de chegada no futuro. Para o autor (2010), o enunciado da visão, além dos aspectos de aspirações e inspiração, deve ser prático, realista e visível.

Alinhando a visão como meta, as participantes foram motivadas a pensar acerca do conceito de “onde se quer chegar”, para tal, discutiram sobre a importância do reconhecimento do serviço de enfermagem externamente, mas expressaram preocupação também pelo reconhecimento interno, avaliando o clima e envolvimento/comprometimento de seus profissionais como fator preponderante para tornar o serviço visível e fortalecido para buscar a excelência na prestação do cuidado e, conseqüentemente, o reconhecimento externo. Os depoimentos abaixo esclarecem esta preocupação:

Eu lembro que alguns anos atrás era sonho das pessoas vir trabalhar no Círculo [...] eu fico pensando o que a gente poderia fazer para as pessoas retomarem àquele sentimento sabe? [...] o que vai fazer as pessoas quererem trabalhar aqui e não lá, entende? Esse encantamento que nós precisaríamos ter de novo (P4).

Era um hospital novo, um hospital que foi dimensionado com recursos invejáveis, perante o que tinha na cidade na época, e em relação a salário também tinha um diferencial importante, então assim as pessoas queriam vir pro Círculo porque tinha um hospital novo, porque os recursos eram muito bem dimensionados, comparados aos demais na época e porque o salário era um salário diferenciado. Mas eu vejo que o que nós temos que pensar aqui é como o serviço é visto pelos clientes, pacientes, ah, eu quero ir pro Círculo porque lá eles têm um atendimento acolhedor, eles têm atendimento humano, eles fazem direitinho a assistência na visão do leigo, né? Eu acho que são as duas coisas que a gente tem que tentar pôr aqui, porque nós temos um desafio grande também de conseguir a satisfação interna pra alcançar a nossa missão e visão (P1).

Eu penso que a visão é onde a gente quer chegar, né? [...] eu vejo que obrigatoriamente para a gente atingir o objetivo do cliente, obrigatoriamente a gente tem que ter uma equipe de enfermagem que deseja estar aqui, que deseja fazer bem feito [...] eu acho que passa pelo funcionário, se ele estiver satisfeito na enfermagem, ele vai executar aquele cuidado com amor e aí o negócio vai acontecer (P4).

Nessa perspectiva, Kurcgant (2010) afirma que a questão da dimensão humana no ambiente da qualidade do trabalho deve estar no centro da discussão, uma vez que os anseios, as expectativas e a satisfação das pessoas, responsáveis em concretizar esses propósitos, são vitais para o alcance das metas institucionais. A autora (2010) acredita ser necessário que as instituições proporcionem condições de trabalho, estimulando a realização profissional e a satisfação pessoal de seus trabalhadores. Defende que existe a necessidade de valorizar as pessoas, de

promover autonomia para decidir, de descentralizar o poder, de socializar o saber e reorganizar os processos de trabalho.

As participantes também levantaram discussões acerca de contemplar, na visão, o reconhecimento pela excelência do cuidado através de ações concretas de melhoria, com o constante envolvimento e comprometimento da equipe e a organização e planejamento dos recursos. Definiu-se, para tanto, a sistematização da assistência de enfermagem como norteadora para o desenvolvimento da dinâmica de trabalho da enfermagem para alcançar a perspectiva da excelência e o reconhecimento na comunidade. Os depoimentos abaixo reforçam essas evidências:

O que vocês acham de tornar o serviço reconhecido pela excelência no cuidado prestado (P3).

Sim, através de ações de melhorias contínuas (P7).

Através da assistência segura? Ou através da sistematização da assistência de enfermagem (P1).

Ser reconhecido pela excelência do cuidado, através da sistematização da assistência de enfermagem, agora tem uma conclusão, sim, já está mais aceitável (P4).

Oliveira e Evangelista (2010) referem que a melhoria da qualidade na assistência de enfermagem tem configurado uma necessidade de revisar e modificar a prática e o papel do profissional de enfermagem no sentido de imprimir uma nova característica à sua atuação, garantindo reconhecimento profissional. Como prestador direto do cuidado ao paciente, o enfermeiro deve apresentar uma visão global da assistência com identificação de riscos e eventuais problemas e implementação de ações preventivas e corretivas, o que pode ser obtido a partir da implementação da sistematização da assistência de enfermagem.

Garcia e Egly (2010) esclarecem que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é utilizada com o sentido de organização das ações de enfermagem, de acordo com um planejamento, baseado em lógica, execução, supervisão e gerenciamento, avaliação dos resultados obtidos, com o registro adequado de todas essas operações.

A SAE implica dinamicidade, flexibilidade e revisão constante. É possível referir que, mediante a SAE, a enfermagem constrói, conscientemente, de modo intencional e planejado, os caminhos, os instrumentos e os processos para desenvolver a melhor assistência possível, para prestar o atendimento integral, ou

seja, atender às necessidades biopsicossociais da população e alcançar metas de excelência (GARCIA; EGRY, 2010).

Vale et al. (2011) entendem a sistematização da prática assistencial de enfermagem como uma dimensão do processo de trabalho gerencial do enfermeiro, que favorece a operacionalização do processo de enfermagem, e o alcance da maior das finalidades da profissão, a saber, prestar um cuidado digno, sensível, competente e resolutivo à clientela, de modo a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população. Nessa perspectiva, através da SAE, pode-se atingir a missão do serviço e conquistar a visão almejada.

Seguindo nas discussões sobre a conclusão do conceito da visão, o grupo optou em manter a abrangência regional, mediante o alinhamento à definição da visão institucional, tendo em vista que a instituição já possui serviços consolidados na região, contemplados em seu planejamento estratégico institucional, bem como o objetivo estratégico de ampliar sua expansão pela região. Isso revela que, mantendo o alinhamento à estratégia institucional, o serviço de enfermagem também deve buscar o reconhecimento neste nível de abrangência, evidenciado nos depoimentos:

Na comunidade, daqui a pouco nacional, estou brincando, mas porque não? Claro, a gente pode apresentar o case depois (P1).

Regional gurias, tem que ser regional, tem Círculo em Gramado, tem Círculo em Flores da Cunha, tem Círculo em Carlos Barbosa (P3).

- **VALORES:** Espiritualidade e humanização, transparência, sustentabilidade, compromisso com qualidade e segurança, desenvolvimento contínuo, envolvimento e pertencimento, ética, trabalho em equipe.

O grupo analisou os valores institucionais, optou por manter alguns deles e elencou outros que entendeu como específicos e importantes para o serviço de enfermagem, considerando que os valores representam os princípios básicos que fundamentam o serviço e norteiam os colaboradores. Os valores de humanização, desenvolvimento contínuo, segurança, envolvimento e pertencimento, ética e trabalho em equipe foram incluídos aos demais que já são os institucionais.

O grupo definiu que a “espiritualidade e humanização” são valores essenciais à prática da enfermagem. Nas discussões, levantou-se a possibilidade de manter

somente a humanização como valor mais abrangente e retirar espiritualidade, entendendo que a espiritualidade está atrelada à humanização, porém decidiram manter a espiritualidade como um valor do serviço, conforme evidenciou-se nos depoimentos a seguir:

E quem sabe tiramos espiritualidade e deixamos humanização só? Eu acho que abrange né? Quando a gente fala de humanização a gente abrange a espiritualidade (P1).

Mas isso tá muito forte, né gurias? Espiritualidade nas organizações, na área da saúde (P3).

Por isso que eu deixaria espiritualidade e humanização, porque elas caminham junto (P2).

A espiritualidade é um valor institucional, que está diretamente relacionado com a história da organização e com a área da saúde, dessa forma os envolvidos entenderam a importância e necessidade da disseminação desse valor no dia a dia, com as equipes. Atuando diretamente no cuidado, é imprescindível que as equipes tenham presente a espiritualidade como um valor, no entendimento de que cada ser é único.

A espiritualidade é definida por Ashmos e Duchon (2000) como sendo o reconhecimento de que os colaboradores têm uma vida interior que alimenta, e é alimentada, pela realização de trabalho com significado, num contexto de comunidade. Os autores (2000) ainda afirmam que, para uma quantidade progressiva de pessoas, o local de trabalho propicia o único laço consistente com outras pessoas. Nesse contexto, o ambiente organizacional passa a ser encarado como um local privilegiado, no qual se pode e se deve praticar a espiritualidade.

O estudo de Rego, Cunha e Souto (2007) evidencia que quando os colaboradores recebem recursos espirituais e motivacionais da organização como: a criação de espaços espiritualmente ricos, a satisfação das necessidades espirituais, a segurança psicológica e emocional e a valorização como ser intelectual, emocional e espiritual, experimentando sentido de propósito, de autodeterminação, de alegria e de pertença, os mesmos desenvolvem uma maior ligação afetiva com a organização, sentindo o dever de responder reciprocamente, de serem mais leais e mais produtivos.

A espiritualidade relacionada às práticas do cotidiano do funcionário e da empresa, no sentido de proporcionar no ambiente de trabalho sentimentos de plenitude e alegria, momentos de realização, nos quais os funcionários sintam-se

parte integrante de um processo e de relações, trará um benefício maior de conduzi-los a desenvolver traços afetivos positivos com a organização, atuando conseqüentemente, em prol desta e, portanto, refletindo no atendimento de forma mais humana.

No que se refere ao “compromisso com a qualidade”, evidenciou-se que essa unidade de significação representa um valor institucional, entretanto, o grupo reconheceu como sendo importante, incluir neste valor a segurança, conforme os depoimentos abaixo relacionados:

Eu acho que a segurança deveria entrar, mas não solta, porque é um compromisso nosso fazer com que os pacientes recebam um cuidado seguro, eu deixaria bem isso: compromisso com a qualidade e a segurança (P2).

Eu penso que a segurança deveria entrar [...] junto com qualidade, tem tudo a ver (P6).

Diante das discussões, o grupo concluiu que não existe qualidade sem segurança, e trabalhar com segurança na assistência é identificar riscos ou potenciais riscos e estabelecer formas de minimizá-los ou eliminá-los. Desta forma, é necessário que se implementem ações sistemáticas para controle e avaliação de riscos na execução dos processos.

Luongo et al. (2011) e Alves (2012) defendem que a qualidade na assistência aos clientes não implica apenas em realizar uma assistência sem falhas, mas, sim, levar em conta todos os fatores que possam interferir no processo saúde-doença do cliente. A busca por qualidade leva as instituições de saúde a controlar seus custos, reduzir as perdas, melhorarem a segurança de profissionais e pacientes, serem competitivas por meio do conhecimento do seu negócio e dos pontos fortes e pontos a melhorar, e demonstrar a eficácia e eficiência dos seus resultados.

Para Hinricksen (2012), a instituição de saúde deve adotar uma política de prevenção de riscos como requisito para a qualidade e para a gestão de riscos, objetivando criar uma base sólida e segura para a tomada de decisão e para o planejamento da segurança do paciente, por meio do monitoramento de eventos adversos, minimização dos danos e prevenção de novos incidentes.

Nesse sentido, evidenciou-se que a qualidade e segurança na assistência é um debate amplo, pois envolve dimensões que impactarão diretamente no trabalho realizado. Em muitos casos onde a qualidade e segurança do paciente estão comprometidas, evidenciam-se processos e estruturas inadequados e pessoas

despreparadas que acabam corroborando para a prática do erro, ou quase erro. E nesse aspecto é necessário desenvolver estratégias que minimizem o erro e, conseqüentemente, promovam qualidade dentro das instituições hospitalares.

A “inovação” é reconhecida no planejamento da instituição como sendo um valor, entretanto, após algumas discussões, as participantes optaram por substituir o termo “inovação” por “desenvolvimento contínuo”, como um valor específico do serviço de enfermagem, conforme as depoentes:

Eu trocava inovação por atualização, porque inovação eu concordo em estar no Círculo porque vai ser ... sei lá, vai ser lá o tomógrafo de última geração, vai ser, né? Mas eu vejo mais a atualização (P3).

Olha só, o que vocês acham de nós colocarmos desenvolvimento contínuo junto com atualização, ou fica redundante? (P1).

É que atualização é desenvolvimento contínuo, né? Então, quem sabe só desenvolvimento contínuo [...] mas aí não põe atualização (P2).

Nesse sentido, entenderam que o termo desenvolvimento contínuo se aplicaria de forma mais adequada ao serviço de enfermagem, levando em consideração a priorização das pessoas e depois das tecnologias. Ressalta-se que através do desenvolvimento das pessoas forma-se a base para o sucesso do serviço.

Couto e Pedrosa (2007) referem que a gestão estratégica não se limita à aplicação de um ou mais modelos, mas à busca do equilíbrio entre as tecnologias e processos adotados pela empresa e a qualidade humana. Isso significa que a tecnologia ou metodologias empregadas não são suficientes para garantir o sucesso dos negócios da empresa. Sendo assim, gerenciar pessoas de forma estratégica é mobilizar o seu talento para produzir resultados competitivos.

Chiavenatto (2010) relata que organizações bem-sucedidas perceberam que administrar pessoas vem antes, durante e depois da administração de qualquer recurso organizacional, seja capital, máquinas, instalações, etc. Por essa razão, o investimento maior está nas pessoas. Muitas organizações desenvolvem esquemas de educação corporativa e universidades corporativas e virtuais para melhorar a gestão do seu capital intelectual.

Ainda nas discussões sobre os valores, o grupo concordou em incluir como valor a “ética”, entendendo como um princípio básico essencial para o exercício da enfermagem e discutiram e concordaram também sobre não deixar o “respeito” como valor específico. As participantes evidenciam esta conclusão nos seus depoimentos:

Mas gurias, ética em relação ao atendimento nós temos que colocar, né? Ética profissional (P6).

Eu e a [...] falamos aqui num paralelo em deixar ética no lugar de respeito, entendendo que o conceito é mais abrangente e abrange respeito na ética (P1).

Porque o respeito também está na humanização, eu penso, né"? (P4).

Diante dessas análises, concluiu-se que a palavra “respeito” seria excluída dos valores definidos para o serviço de enfermagem, uma vez que já estaria contemplado em outros valores como a ética e a humanização. O respeito estaria associado ao tratar as pessoas com dignidade, entendendo cada indivíduo como único e incondicional, desta forma fica evidente já estar contemplado nos valores de ética e humanização.

Corroborando com a definição de ética como um dos valores do serviço, cita-se o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que, em conjunto com os Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs), formularam um código de ética dos profissionais de enfermagem que inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições, pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem.

A Resolução do COFEN – 311(2007) explica que a enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência, sem riscos e danos, e acessível à toda população.

LeFevre (2014) cita que para prestar um cuidado ético, o enfermeiro precisa ter um entendimento de sete princípios éticos:

- a) autonomia - onde as pessoas têm o direito de tomar decisões com base em seus próprios valores e crenças;
- b) beneficência - com objetivo de fazer o bem e evitar danos;
- c) justiça - tratar as pessoas de forma igualitária e justa;
- d) fidelidade - manter as promessas e não prometer o que não puder cumprir;

- e) veracidade - dizer a verdade e ser honesto;
- f) responsabilidade - responsabilizar-se pelas consequências de seus atos;
- g) confidencialidade - respeitar a privacidade das informações.

Evidenciou-se também, diante das discussões do grupo, que o “envolvimento e pertencimento” são valores importantes à medida que traduzem identificação à instituição e ao serviço. Houve várias discussões sobre manter ou não o comprometimento como valor, mas entendeu-se que o envolvimento já traduz comprometimento, conforme apresentam os depoimentos:

É que o comprometimento, eu não estou vendo ele assim, o comprometimento é uma coisa que eu vou buscar, né? Não estou vendo ele como um valor (P1).

Eu vejo que para tudo isso é o envolvimento, eu não botaria esse valor, talvez na filosofia alguma coisa, mas nos valores eu não botaria (P2).

E pertencimento? Eu me envolvo, mas pertencimento é uma coisa mais forte (P4).

“Eu achei legal manter os dois juntos: envolvimento e pertencimento são coisas que se interlaçam, por isso elas estão juntas (P3).

Reforçando a assertividade destes valores Bergamini (2013) esclarece que a expressão envolvimento do funcionário tem o sentido de refletir a espécie de motivação necessária no ambiente de trabalho, uma vez que tal envolvimento retrata a possibilidade da autogestão, que, por sua vez, exige mais iniciativa e comprometimento. E isso depende das paixões e satisfações mais intensas. Pichon Rivière (2007) contribui dizendo que a pessoa se realiza por meio da pertença. A pessoa que consegue se ver como pertencente a um grupo adquire uma referência e vai assumir uma identidade particular em função desse grupo, a qual lhe permitirá conhecer-se, localizar-se e “elaborar estratégias para mudanças”.

Desenvolver o sentimento de pertença dentro de uma organização é uma tarefa hercúlea, mas que gera frutos vívidos. Esse sentimento só será abstraído dos funcionários, na medida em que os mesmos compreenderem a razão de existir da organização, e conseguirem enxergar a importância do trabalho de cada um, no todo. Sem a compreensão do papel de cada um nesse organismo, dificilmente as instituições terão funcionários comprometidos e envolvidos, sentindo-se parte integrante da organização, desta forma, definir o envolvimento e pertencimento como

valor do serviço facilita este desenvolvimento diante do propósito que os valores têm em nortear as ações dos profissionais.

O “trabalho em equipe” também foi considerado como um valor específico para nortear a interação entre as áreas e a ajuda mútua dentre os profissionais da equipe. A enfermagem é uma profissão que conta com uma equipe e o trabalho é desenvolvido a partir da interação das pessoas que compõe a equipe. As falas das participantes evidenciam essa afirmação:

E o trabalho em equipe, o que que vocês acham de a gente colocar também como um valor? (P1).

Vamos pensar na nossa equipe, o que a gente quer que as pessoas tenham, que trabalhem em equipe (P3).

Valores são princípios básicos que todas as pessoas envolvidas devem ter, então eu acho que sim (P5).

Chiavenato (2010) e Luongo et al. (2011) afirmam que a base fundamental do trabalho de cada gerente está na equipe. Ela constitui a sua unidade de ação, a sua ferramenta de trabalho. Com ela o gerente alcança metas, supera objetivos e oferece resultados. Para tanto, o gerente e gestor de pessoas, precisa saber como escolher sua equipe, como desenhar o trabalho para aplicar as competências da equipe, como treinar e preparar a equipe para aumentar sua excelência, como liderar, impulsionar e motivar a equipe, como avaliar o desempenho da equipe e como recompensá-la para reforçar e reconhecer seu valor. É possível perceber que trabalhar em equipe é uma estratégia organizacional que melhora a eficiência e a eficácia do trabalho, assim como aumenta o nível de satisfação daquele que executa o trabalho.

Vidal et al. (2013) referem que todo indivíduo necessita de outro dentro de uma organização, ninguém trabalha sozinho e nem se pode dizer que conseguiu chegar ao sucesso individualmente, uma instituição assim como qualquer empresa precisa de uma equipe preparada e muito bem capacitada para que possam desenvolver um trabalho de qualidade na execução de suas tarefas diárias. Por este motivo, hoje em dia, é tão importante investir no capital humano e não só no capital financeiro, como acontecia há algum tempo atrás.

Vale et al. (2011) defendem que para o efetivo trabalho em equipe, são necessárias a articulação e a integração das ações, por meio da construção de consensos quanto às formas e aos meios de alcançar os objetivos e resultados

esperados. A comunicação dialógica entre os membros da equipe e com a gestão é fundamental. Este processo propicia maior aproximação dos trabalhadores com os resultados de seus trabalhos e, conseqüentemente, a satisfação no ambiente de trabalho aumenta.

5.2 CONSTRUÇÃO DA MATRIZ SWOT

Para a construção da matriz *SWOT* o grupo teceu discussões e análises acerca das categorias também definidas a priori das forças e fraquezas no cenário interno e das oportunidades e ameaças no cenário externo. A pesquisadora solicitou ao grupo a leitura do referencial teórico esclarecedor às análises de ambiente interno e externo nas organizações. As principais unidades de significação, evidenciadas nesta etapa, estão relacionadas no Quadro 8.

Quadro 8 - Unidades de significação da Matriz *SWOT*

(continua)

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
FORÇAS	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento e credibilidade da instituição na região; - Crescimento interno (recrutamento); - Relacionamento interpessoal; - Times de ensino e prática assistenciais; - Indicadores assistenciais e administrativos; - SAE/processo de enfermagem; - Recursos tecnológicos; - Implantação de novo sistema de informações – informatização.
FRAQUEZAS	<ul style="list-style-type: none"> - Áreas de apoio; - Infraestrutura e hotelaria; - Comunicação; - Cumprimento da Política de atendimento/qualidade; - Rotatividade; - Registros; - Padronização - uniformização condutas / Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) e protocolos (equipes de atendimento); - Interdisciplinaridade; - Treinamento admissional (acolhimento e desenvolvimento) do funcionário novo; - Falta de programas de qualidade de vida e ambiência. Política de humanização do funcionário; - Desenvolvimento de lideranças – competências (fortalecimento do sistema de gestão); - Participação e envolvimento da equipe operacional na gestão e avaliação do serviço.

OPORTUNIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - Estágios de enfermagem - parceria com escolas de enfermagem; - Busca da certificação qualidade - Retomada do processo de qualidade; - Ampliação tecnológica; - Retomada dos cursos educativos na área assistencial.
AMEAÇAS	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneração; - Competitividade; - Desqualificação mão de obra; - Doenças ocupacionais e desmotivação da classe; - Contexto social.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

As categorias definidas a priori no desenvolvimento da matriz *SWOT* contemplam unidades de significação que foram identificadas através da discussão de aspectos específicos que envolvem o serviço de enfermagem, mas também de outros aspectos mais abrangentes que o grupo entendeu que refletiam diretamente no serviço, tais como: áreas de apoio, infraestrutura e hotelaria, interdisciplinaridade, dentre outros. Desta forma, ampliou-se o levantamento das unidades de significação, a partir das necessidades assistenciais e administrativas das unidades de trabalho, não só com ênfase na Sistematização da Assistência de Enfermagem, mas no funcionamento do serviço dentro da estrutura hospitalar, incluindo assim algumas unidades de significação que não envolvem somente o serviço de enfermagem, mas também outros departamentos dentro da instituição.

Evidenciou-se que a categoria **FORÇA**, quando associada aos preceitos institucionais, desvela o reconhecimento e credibilidade da instituição na região, que traz um forte reflexo para o serviço de enfermagem. Hoje a instituição, onde o serviço de enfermagem está inserido, conquistou, em âmbito regional, uma consolidação da marca e um avanço de expansão, o que fica definido pelo grupo como uma força e evidenciado nos depoimentos abaixo:

Forças, eu tinha pensado no reconhecimento que a instituição tem na cidade e na região, porque acaba sendo uma referência, né? Esse reconhecimento que tem, se tem uma credibilidade, né? Isto eu vejo como força (P6).

A força da marca, né? Se consolidou muito na região nos últimos tempos (P1).

O grupo concluiu que o “reconhecimento institucional” é um fator que torna o serviço mais visível e fortalecido e, portanto, avaliaram como sendo uma força para o

serviço de enfermagem. Referiram, ainda, que a credibilidade da instituição no âmbito regional é um fator muito favorável para o atingimento da visão constituída no trabalho.

A instituição, onde o serviço de enfermagem está inserido, tornou-se, nos últimos 15 anos, uma referência em saúde suplementar na região. Comercializa planos de saúde e possui serviços de prestação de assistência nos níveis de prevenção, diagnóstico e tratamento. Possui uma rede credenciada de serviços e profissionais com ampla abrangência, tornando a instituição valorizada e reconhecida frente à comunidade regional.

Nessa perspectiva, a empresa *Interbrand* (2014), que definiu as marcas mais valiosas do Brasil em 2014, demonstra que as marcas, posicionadas de forma ideal para continuar gerando demanda no futuro, são aquelas capazes de obter um desempenho melhor que o da concorrência em uma série de dimensões. Defendem que a instituição que se consolida deve ter a habilidade de responder às mudanças, desafios e oportunidades do mercado.

Para Berry e Seltman (2010), o gerenciamento da marca de uma instituição desempenha um papel especial nas organizações de serviço, na medida em que marcas fortes aumentam a confiança dos consumidores em desempenhos intangíveis. Quanto mais consequente, complexo, variável e pessoal o serviço, tanto mais os consumidores precisarão de garantias da marca. Para os autores (2010), uma marca de serviço é, essencialmente, uma promessa de satisfação futura. É uma combinação entre o que a organização diz que a marca é, o que outros dizem sobre ela e quão bem a organização realiza o serviço na perspectiva do cliente.

Outro ponto avaliado como força, refere-se à política institucional de recrutamento interno, tornando a empresa atrativa para o crescimento das pessoas, à medida que oportuniza a promoção interna e tem uma política clara com critérios definidos chamada de “Crescendo com o Círculo”. Esta definição fica evidente nos depoimentos abaixo:

O “Crescendo com o Círculo” é uma força institucional, mas reforça o serviço de enfermagem, que as pessoas têm oportunidade de crescimento (P2).

Vocês fizeram uma análise deste grupo aqui? Todas nós aqui somos frutos do “Crescendo com o Círculo” (P6).

Então acho que por causa do “Crescendo com o Círculo”, o crescimento interno é uma força (P3).

Desta forma, definiu-se que o “crescimento interno” representa uma força para o serviço, uma vez que selecionar pessoas que já fazem parte da organização e que conhecem a cultura organizacional é um fator que denota oportunidade e, conseqüentemente, satisfação e entusiasmo para os profissionais, melhorando o clima interno. É uma forma de atrair e reter os talentos que a instituição mesmo forma.

Chiavenato (2010) explica que talento humano conduz, necessariamente, ao conceito de capital humano, patrimônio inestimável que uma organização pode reunir para alcançar a competitividade e sucesso. O autor ainda defende que não basta ter talentos para possuir capital humano, é preciso ter talentos que sejam integrados em um contexto acolhedor, que é determinado pela arquitetura organizacional com um desenho flexível, integrador e com uma divisão do trabalho que coordene as pessoas e o fluxo de processos e das atividades de maneira integrada; pela cultura organizacional que deve ser democrática e participativa que inspire confiança e pelo estilo de gestão baseado na liderança renovadora e no *coaching*², com descentralização do poder, delegação e *empowerment*³.

Bergamini (2013) aborda aquilo que chama de “organizações abundantes” que prestam assistência às pessoas para que encontrem sentido em seu ambiente de trabalho. É exatamente isso que leva as pessoas a estarem ansiosas para irem ao trabalho no dia seguinte. Como resultado final, quando as organizações se envolvem em comportamentos positivos, elas desabrocham e têm sucesso sustentável. Existe nas organizações uma simbiose, entre a motivação dos que trabalham e os fins que buscam.

Em depoimento à revista *Época*, Shirazawa (2013) refere que as pessoas dentro das organizações ainda desejam oportunidade de desenvolvimento. O *Great Place to Work* (GPTW), instituto que premia as melhores empresas para trabalhar, afirma, em seu *ranking*, que 87% dos participantes apontam a possibilidade de crescimento como algo essencial. O profissional busca a estabilidade, mas não sem aprendizado constante.

² Trata-se de um relacionamento que provoca novas competências e que agrega valor à organização e ao cliente (CHIAVENATTO, 2010).

³ *Empowerment* ou empoderamento é uma ação que permite melhorar a qualidade e a produtividade dos colaboradores, fazendo com que o resultado do serviço prestado seja satisfatoriamente melhor. Estas melhorias acontecem a partir da delegação de autoridade e de responsabilidade, fomentando a colaboração sistêmica entre diferentes níveis hierárquicos e a propagação de confiança entre os liderados e os líderes (CHIAVENATTO, 2010).

O “relacionamento interpessoal” foi apontado, pela maioria das participantes, como uma força, diante de ser classificado como harmonioso e respeitoso dentro da organização, evidenciando assim um clima interno propício ao trabalho em equipe e a interação entre as áreas. Referem também sobre a importância do clima organizacional que hoje o percebem um pouco abalado pelas questões econômicas que refletem em sustentação da instituição e, conseqüentemente, em políticas de remuneração aos funcionários. Os depoimentos abaixo revelam esta afirmativa:

O que eu acho que tem que avaliar, hoje eu acho que o clima tá mais pesado por questões de benefício e salário, o que as pessoas hoje optam e elas nos dizem isso no desligamento: eu não vou ficar aqui porque meu benefício lá é maior, porque se eu pudesse escolher eu ficava aqui. Eu acho que é isto que nós temos que também quebrar um pouquinho, porque eu acho que é uma força nossa, acho que segura muitas pessoas aqui que dizem não para outras instituições pelo clima com a liderança, pelo clima com a coordenação, pelo clima com a gerência (P2).

Mas aí eu acho que a gente não coloca clima, coloca relacionamento, né? Clima acho que não (P3).

Eu acho que relacionamento interpessoal, isso sim, muitas pessoas ficam por questões de relacionamento (P6).

O clima está abalado por questões financeiras [...] mas o relacionamento interpessoal acho que ele é forte (P4).

Dessa forma, as participantes, em sua maioria, concordaram que o “relacionamento interpessoal” representa uma força diante de ser um fator que desenvolve um sentimento de fidelidade à instituição, que por vezes é ameaçado pelo clima organizacional, relacionado principalmente por problemas financeiros associados a salário, benefícios e estabilidade da instituição. Entendem que de forma geral, as pessoas têm fortes relações que consolidam um relacionamento interpessoal, que promove vínculo com as pessoas e com a instituição.

Germano e Gimenes (2010) citam como muito importante, que as organizações tenham um clima organizacional favorável para o desenvolvimento de boas relações, que promovam a comunicação, qualidade e produtividade, pois o ambiente de trabalho pode influenciar no comportamento das pessoas, nas relações interpessoais e, conseqüentemente, nos resultados das empresas. Segundo Ziemniczak (2011), o relacionamento interpessoal ainda envolve a capacidade do ser humano de experimentar e discernir padrões, experimentar atrações do futuro e de

sonhar e também de realizar potenciais. Dessa forma o relacionamento interpessoal deve ser estimulado entre equipes, para que o coletivo supere o individual.

Chiavenato (2005) afirma que o sucesso ou o fracasso da maioria dos projetos organizacionais depende do fator humano: é preciso saber lidar com pessoas de diferentes personalidades e saber se relacionar e se comunicar com elas. Ainda segundo o autor, isso nada tem a ver com os conhecimentos técnicos e especializados da formação de cada executivo, mas com o desenvolvimento de habilidades no relacionamento interpessoal.

Outro ponto a destacar na identificação das forças refere-se à educação continuada, visto que as participantes entenderam que a construção dos times de ensino e de prática assistenciais seriam propostas importantes e assertivas para trabalhar educação continuada nas áreas e revisão de processos e fluxos de trabalho. Cada área assistencial (emergência, bloco cirúrgico, setores de internação, unidades de terapia intensiva - UTI...) possui times de ensino e de práticas e que são compostos por um grupo de enfermeiros da área, que buscam levantar necessidades de capacitação e atualização através da revisão de processos e práticas assistenciais. Os grupos de ensino e de prática articulam a educação continuada nas diferentes áreas. Os depoimentos abaixo reforçam esta afirmativa:

A educação continuada na minha área, hoje eu não vejo, é que também eu não estou participando dos times de ensino de vocês, né? Mas eu vejo que pra nós praticamente parou (P4).

Pra nós eu te diria que nós estamos na melhor fase de treinamento (P3).

Eu também, não temos mais treinamento de bobagem, é tudo necessário (P2).

Porque virou time de ensino mesmo, não é mais àqueles treinamentos que não são a necessidade do setor sabe? (P6).

Eu acho que então isso pode ser visto como uma força, porque nós nunca tivemos assim treinamentos tão focados nas necessidades de cada setor, a partir das revisões dos processos (P1).

Desta forma, os “times de ensino e de prática” foram considerados uma força, entretanto concordaram que eles precisam ser melhor organizados na sua atuação e alinhados entre as áreas, conclusão que foi expressada pelo depoimento abaixo:

Eu acho que o time, ele é muito interessante, só que falta aproximação, daqui a pouco eu não estou conseguindo fazer um treinamento lá, mas está acontecendo o mesmo treinamento aqui, ou vice versa (P4).

Os times de ensino e práticas já estruturados no serviço possibilitam capacitação e desenvolvimento das pessoas nas áreas e nos processos que desenvolvem. A educação permanente, baseada no aprendizado contínuo, é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu auto aprimoramento, direcionado à busca da competência pessoal, profissional e social, como uma meta a ser seguida por toda a sua vida (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Contribuem, nessa perspectiva, Cecagno et al. (2009) quando referem que no cotidiano de trabalho, sob a ótica tecnológica e social, integram-se os processos educativos, abrindo novas possibilidades de desenvolvimento individuais e coletivas voltadas para a aprendizagem. Assim, entende-se que somente as atividades que desafiam, que instigam a refletir, (re) formular e (re) construir o fazer, motivam os trabalhadores e podem propiciar experiências significativas, ricas e contextualizadas, envolvendo-os em muitas atividades práticas e de aprendizagem ao longo da vida profissional.

A metodologia dos times de práticas envolve revisar os processos e evidenciar possibilidades de ajustes a partir de algo já definido. Nesse sentido, Montanha e Peduzzi (2010) definem que a educação permanente é aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Está fundamentada em diferentes vertentes teóricas, dentre as quais se destacam as consagradas contribuições de Paulo Freire, em especial os conceitos de ensino problematizador e de aprendizagem significativa, na qual levam-se em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem.

Entende-se que a abordagem de educação permanente constitui um projeto político-pedagógico com vistas à transformação das práticas de saúde e de enfermagem, na perspectiva da integralidade, do trabalho em equipe e da ampliação da cidadania e da autonomia dos sujeitos envolvidos – trabalhadores e usuários (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Evidenciou-se nas discussões entre as participantes, que as unidades assistenciais possuem “indicadores assistenciais e administrativos” já definidos e o grupo considerou que eles são forças, à medida que as áreas possuem uma

maturidade inicial para alavancar a gestão das unidades de trabalho, a partir do refinamento e seleção de indicadores que traduzem o negócio, conclusão evidenciada nos depoimentos:

“E os nossos indicadores? Talvez hoje da forma como a gente faz, é dali que tu consegue ver possibilidades de negócio, possibilidades de..., índices de infecção[...] porque o indicador é uma força pra instituição, no momento que eu vejo minha, por exemplo, eu estou tendo infecção de cirurgia, para tudo, capacita, busca, vê no próximo mês o indicador (P7).

A gente enxerga algumas coisas através dos indicadores, é uma possibilidade de fazer a gestão, né? É uma força (P2).

Indicadores assistenciais e de gestão, né? Porque a gente também têm os de gestão. Na verdade os assistenciais eles te possibilitam a gestão, acho que são assistenciais e administrativos, porque os de pessoal, por exemplo, são administrativos (P1).

Kurcgant (2010) enfatiza que ferramentas de auferibilidade tais como: padrões, critérios e indicadores, são importantes instrumentos empregados no processo de trabalho dos profissionais de saúde, considerando-se tanto a dimensão qualitativa como a quantitativa. Assim, torna-se imprescindível a esses profissionais aprofundarem cada vez mais a reflexão a respeito destes aparatos, implementando-os nos diferentes contextos de sua prática profissional.

Vidal et al. (2013) confirmam que os indicadores trazem informações essenciais, cada indicador deve vir acompanhado de um valor mínimo que, quando ultrapassado, deve chamar a atenção para que seja providenciada uma ação corretiva. Nos mesmos, devem ser apenas utilizados dados considerados necessários para o andamento das informações a fim de que se possa ter um controle na qualidade do serviço.

A prática de indicadores assistenciais emerge no entendimento do trabalho, e evidencia o resultado da equipe em suas tarefas. Certamente os gestores, comprometidos no levantamento e análise de seus indicadores, em conjunto com suas equipes, terão funcionários mais envolvidos e comprometidos com as metas assistenciais. E melhor, terão pessoas que entenderão que o trabalho individual repercutirá no coletivo.

A “Sistematização da Assistência de Enfermagem” (SAE) também foi classificada como uma força concretizada através do processo de enfermagem, por organizar o planejamento da assistência de enfermagem, visto que se torna um

método que organiza e embasa o trabalho do enfermeiro e resulta em uma assistência individual. Entretanto, as participantes entenderam a necessidade da metodologia ser mais desenvolvida e consolidada no serviço, de acordo com os seguintes depoimentos:

A nossa própria sistematização da assistência, ela não é uma força? (P6).

É uma força, sistematização da assistência/processo de enfermagem. Mas nós temos que consolidar, trabalhar mais com o diagnósticos e a prescrição (P2).

Com o advento da gestão pela qualidade nos estabelecimentos de saúde, passou-se a reconhecer a SAE como meio de assegurar um cuidado que considere as características individuais de cada paciente. A Resolução do COFEN 272/2002 legitima a institucionalização da SAE nos serviços de saúde do Brasil, públicos ou privados e a sua implementação estabelece uma efetiva melhora da assistência de enfermagem (DIAS et al., 2011).

Garcia e Egry (2010) defendem a busca constante dos profissionais da área da saúde por compreender e implementar a integralidade da atenção em sua prática profissional e, particularmente, da enfermagem, em utilizar a ferramenta da sistematização da assistência para organizar, registrar e dar visibilidade aos seus processos de trabalho. Atualmente cabe a todos, em especial aos profissionais da saúde/enfermagem, aguçar a capacidade crítica e qualificar cada vez mais o processo de cuidar.

Para Vale et al. (2014) a SAE é a organização do trabalho profissional, alicerçada na tríade método de trabalho, recursos humanos para desenvolver o trabalho de enfermagem e instrumentos necessários para que o trabalho aconteça. Além disso, ela é um método científico que organiza o cuidado de enfermagem que inclui o cuidado direto às pessoas, aos grupos e o cuidado ampliado ao ambiente. Por meio da tríade que alicerça a SAE, operacionaliza-se o processo de enfermagem que requer um reposicionamento em termos de raciocínio clínico por parte do enfermeiro.

Os “recursos tecnológicos” disponíveis na organização também foram avaliados pelas participantes como força diante de possibilitar as práticas assistenciais de forma inovadora, qualificada e segura, levando em conta que a instituição tem um aparato tecnológico inovador em várias áreas assistenciais tais

como: área de diagnóstico, UTI adulto, pediátrica e neonatal, central de materiais. O depoimento abaixo evidencia esta análise:

Eu acho que recurso tecnológico [...] eu acho que sim, né? Tipo, equipamento de imagem, a gente sabe que é um dos melhores, se falar de radiologia, das UTI's adulto, pediátrica e neonatal que são novas (P3).

Entretanto uma participante discordou em relação ao setor de bloco cirúrgico, visto que entende que é uma área que precisa de investimentos na aquisição e ampliação de novas tecnologias. Avalia que alguns itens já não atendem mais adequadamente a demanda do setor. Os depoimentos abaixo esclarecem esta afirmativa:

O bloco ficaria devendo nisso, né? Não é, a gente tem bloco cirúrgico muito velho, tem um carro de anestesia que precisaria ser trocado, o microscópio de oftalmo já não está mais atendendo tanto a demanda, a questão do intensificador de imagem ter só um, eu te digo que o bloco é um dos lugares que mais tem necessidade de investimento tecnológico (P7).

É, não é uma força em todas as áreas (P2).

Diante das discussões e ponderações das participantes, de forma geral, avaliaram que os recursos tecnológicos são uma força, ao passo que a instituição possui quatro UTI's e todas elas possuem estrutura e tecnologia adequadas à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 07 de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências; que possui um Centro de Material e Esterilização (CME) com tecnologia de ponta, que atende totalmente a RDC 15 de 2012, que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências, inclusive contemplando tecnologia para esterilização a frio; que possui uma área de diagnósticos, incluindo laboratório e exames de imagem, completa e com avançado aparato tecnológico que atende toda a demanda do plano de saúde próprio e convênios externos. Isto fica evidenciado no depoimento abaixo:

Mas assim, se a gente for considerar radiologia, laboratório, CME, UTI's todas, é o bloco, que eu acho que hoje a gente precisa investir mais no bloco, não eu acho que é uma força sim (P1).

Luongo et al. (2011) referem que a tecnologia é o diferencial para o aperfeiçoamento dos níveis de qualidade, podendo, pela inovação, criar novos padrões qualitativos. A tecnologia permite que se transformem produtos, incrementem serviços, valorize capital humano e altere, significativamente, a atuação da instituição na execução e prestação dos serviços aos clientes.

Entretanto, a exigência e complexidade da demanda tecnológica disponível em uma estrutura hospitalar, torna-se um desafio muito grande aos gestores dos serviços de saúde, pois viabilizar, financeiramente, no âmbito geral da instituição, a tecnologia adequada que atenda à evolução médico assistencial e as legislações vigentes em um cenário econômico financeiro da área da saúde sempre em crise é uma tarefa hercúlea. Oliva e Borba (2004) citam que a alta tecnologia que deveria facilitar a vida da população, tem-na enlouquecido, porquanto aumentou, consideravelmente, os preços dos serviços hospitalares por conta do aumento de seus custos. O desenvolvimento desenfreado na área tecnológica, tem tornado equipamentos de altos preços, sucata num prazo médio de cinco anos.

As participantes ressaltaram que a instituição por estar em fase de “implantação de novo sistema de informações”, tem a oportunidade de revisar, atualizar e ampliar seus processos informatizados primando por padronização, controle e segurança nos fluxos e registros da assistência e por maior agilidade nos processos administrativos que envolvem a assistência, o que fica evidenciado nos depoimentos a seguir:

E a implantação do novo sistema como oportunidade? A informatização, pensem, voltar fazer tudo manual, entendem? (P1).
Mas a gente não pode colocar a implantação do sistema como oportunidade? Não como força, uma oportunidade. Hoje a gente espera como uma oportunidade de melhoria de informatização, ter mais documentos eletrônicos, mais recursos (P7).

Entretanto, uma das participantes discorda em ser uma oportunidade e classifica este item como força, diante da implantação do novo sistema já ser uma decisão aprovada e diante deste processo já ter iniciado dentro da instituição. Os depoimentos a seguir demonstram o ajuste na classificação da “informatização” e implantação de um novo sistema como força e não como oportunidade:

Mas a troca de sistema, a informatização, é oportunidade? [...] eu vejo isso interno, não é externo. Como já é fato isso, já é força, já é fato, né? Já é consolidado (P3).

Acho que tu tem razão mesmo, acho que é uma força, já é um fato, a gente já tem isso definido internamente (P1).

E não pensando só no sistema de prontuário, né? Pensando no sistema Portal RH, que todos têm acesso, pensando na integração dos sistemas de diagnósticos que a gente consegue visualizar os exames dos pacientes, aqueles treinamentos que a gente tinha no sistema, agora a gente parou com ele, mas para a enfermagem foi muito bom que vai voltar logo, é um monte de coisas, acho que é mesmo uma força (P2).

Dessa forma, concluiu-se que, avaliando a informatização como um todo, dentro do hospital e a implantação do novo sistema, se configura uma força que reflete positivamente para o serviço de enfermagem à medida que disponibiliza recursos que facilitam a execução dos processos, otimizam os fluxos e agilizam o trabalho.

Apoiando a definição como premissa básica, o sistema de informação em saúde deve contribuir para a melhoria da qualidade, da eficiência e da eficácia do atendimento em saúde, possibilitando a realização de pesquisa, o fornecimento de evidência e auxiliando no processo de ensino. Assim, como finalidades principais, pode-se afirmar que um sistema de informação deve servir para gerenciar a informação que os profissionais de saúde precisam para desempenhar as atividades com efetividade e eficiência, facilitar a comunicação, integrar a informação e coordenar as ações entre os múltiplos membros da equipe profissional de atendimento, fornecendo recursos para apoio financeiro e administrativo (MARIN, 2010).

Os sistemas de informação que disponibilizam as informações de forma organizada e de fácil acessibilidade tornam-se recursos tecnológicos capazes de potencializar a busca, o acesso e principalmente a efetividade das ações dos profissionais de saúde, configurando uma ferramenta de apoio às atividades, auxiliando na tomada de decisão e aquisição de conhecimento e, como resultado, tem-se profissionais mais capacitados, criativos, capazes de mudar a realidade e melhorar o atendimento dos serviços de saúde através de ações de inovação de processos de saúde, potencializando assim suas competências pessoais e coletivas no trabalho em saúde (BENITO; LICHESKI, 2009).

Na categoria **FRAQUEZA**, todas as participantes concordaram que essa categoria representa aspectos que interferem negativamente no serviço,

enfraquecendo-o. Estes aspectos devem ser identificados para serem contemplados em planos de melhorias. A primeira fraqueza reconhecida pelo grupo, citada por unanimidade, foi a “atuação das áreas de apoio”, diante da dificuldade de interação e atendimento às necessidades e expectativas do serviço de enfermagem e da assistência ao paciente. Os depoimentos abaixo refletem esta afirmativa:

Mas eu colocaria como uma fraqueza as áreas de apoio [...] gente, honestamente estas áreas de apoio pararam no tempo, olhando, quem vem de fora enxerga isso claramente (P4).

O que mais nos chamou atenção na nossa reunião dos enfermeiros da noite? Problemas com as áreas de apoio (P7).

Cansa muito as pessoas tu entende? É sempre a mesma discussão, sempre o mesmo pedido, é dia e noite, sabe? [...] e a gente perde pessoas, perde clima interno (P2).

Quando se busca um trabalho qualificado dentro de um serviço que depende da eficiência de várias áreas, Dias da Costa et al. (2010) contribuem, defendendo que a qualidade é consequência de uma gerência integrada, sistêmica e coerente, que cria condições para que a ação assistencial se dê com qualidade em todo o hospital e não apenas em algumas partes dele.

Couto e Pedrosa (2007) também reforçam esta prerrogativa quando apontam que a complexidade dos processos hospitalares torna imprescindível o gerenciamento dos processos para assegurar a implementação definitiva de um sistema de gestão pela qualidade, proporcionando resultados eficazes e eficientes. O mapeamento de processos e pensamento sistêmico são similares, e o mapa de processos é um quadro estático do que está ocorrendo, demonstrando as interdependências existentes entre as áreas. A visão do pensamento sistêmico sempre observa as inter-relações dinâmicas.

A “infraestrutura e hotelaria” foram apontadas, também, como um item de fraqueza, as participantes expressaram que a estrutura predial interna está prejudicada por muitas infiltrações, pisos inadequados e rodapés de madeira em mal estado de conservação. Apontaram que o mobiliário dos quartos apresenta muitos problemas como: camas com muito tempo de uso acionadas por manivelas e pontos de ferrugem; mesas de refeição, suportes de soro e escadas com problemas de pintura; colchões, poltronas e cadeiras danificados. O sistema de água para chuveiros apresenta problemas no equilíbrio entre aquecimento e resfriamento. O sistema de ar

condicionado nas unidades de internação apresenta-se obsoleto e pouco eficaz. Uma depoente pondera sobre a adequação da disposição da área física, a qual ela entende como força, porém outras depoentes discordam diante de outras análises, conforme os depoimentos abaixo relacionados:

Aqui tem um ambiente muito mais agradável, é uma coisa que chama [...] lá no Círculo é mais agradável, considerando a maioria então, nós temos um ambiente muito, um posto de enfermagem organizado, tem uma estrutura de apoio, eles conseguem desenrolar um trabalho decente, sabe? Eles conseguem ser práticos porque está tudo bem à mão, não tem, não tem “engebrez”. Porque foi feito pensado para, é diferente de outros lugares que se foi ampliando, ampliando (P4).

Talvez a enfermagem não sinta isso porque lá na ponta o que elas sentem, a reclamação que o chuveiro não esquenta, a reclamação de que o ar não tá gelando [...] sabe, então talvez, a enfermagem esteja mais focada nisso (P3).

Eu acho que tem sim condições boas de trabalho, mas a gente também, no meu ponto de vista, tem uma fraqueza em manutenção da estrutura física (P5).

Após as discussões sobre os diferentes pontos de vista, concluiu-se que os problemas citados de infraestrutura e hotelaria são fraquezas porque são aspectos que interferem extremamente na satisfação do atendimento como um todo e sobrecarregam a enfermagem em administrar insatisfações geradas por problemas estruturais.

O estudo de Gonçalves e Ferreira (2013), que teve como objetivo analisar o conceito da hotelaria hospitalar no olhar de autores e na percepção de gestores hospitalares com relação aos serviços prestados contribui para essa questão, pois os autores evidenciaram que, na hotelaria hospitalar, a imagem que se teria de um hospital seria substituída por um ambiente aconchegante, humanizado, trazendo para o cliente conforto semelhante à estrutura de um hotel, onde a hospitalidade fosse notada e compreendida pelos funcionários do hospital como ferramenta para o retorno do paciente e indicação para parentes e amigos. Para os autores (2013) a hotelaria hospitalar envolve em si serviços humanizados, que tem como objetivo a satisfação do paciente, podendo este fator ajudar em seu quadro clínico. A hospitalidade, segurança e conforto completam o conjunto deste tipo de serviço. Concluíram que ainda há a necessidade de melhorias para a otimização dos benefícios gerados através da hotelaria hospitalar, necessidade que ocorre não por falta de interesse dos

gestores, mas de conhecimento do potencial que o setor oferece para os pacientes e acompanhantes.

Vale et al. (2014) apresenta informações semelhantes com a problemática identificada pelas participantes em relação à sobrecarga de trabalho que recai sobre a enfermagem, relacionada às insatisfações dos clientes com estrutura física como por exemplo: quando citam que na busca constante pela produtividade dentro dos serviços de saúde, atribuem-se ao profissional de enfermagem cada vez mais funções e responsabilidades, que são frequentemente incompatíveis com a sua carga horária de trabalho, sobrecarregando-os e reduzindo a qualidade dos serviços prestados.

Outra questão levantada pelas participantes que poderia ser enquadrado em forças, se refere ao fato de que a instituição tem uma política definida de atendimento ao cliente, porém após várias discussões sobre o tema, o grupo evidenciou que o fato da instituição ter uma política poderia mesmo estar enquadrado em força, porém concordaram que não se configura como uma força visto que a mesma não estaria sendo aplicada, assim concluiu-se que o “não cumprimento da política de atendimento ao cliente” é uma fraqueza, segundo os depoimentos:

A política em si é uma força mas o não cumprimento da política de atendimento é uma fraqueza (P1).

Eu acho que ela é uma força nossa, mas a gente não aplica (P2).

Colocar ela como força se ela não é cumprida! Não é uma força. Não é executada (P3).

As participantes atribuíram que o não cumprimento da política de atendimento ao cliente está vinculada principalmente por problemas na comunicação.

E a “comunicação” também foi um fator apontado pelo grupo como fraqueza, desde a comunicação mais abrangente, envolvendo a instituição como um todo (contemplando a política de atendimento, por exemplo), como a comunicação entre as áreas e a comunicação no serviço de enfermagem, os depoimentos abaixo evidenciaram esta afirmativa:

Eu acho que é aonde mais pega na falha do cumprimento da política de atendimento, eu acho talvez a comunicação, como se comunicar, o que comunicar, o que que é importante desde o tipo de informações do paciente (P7).

Na política de atendimento entra acolhimento, entra humanização, entra [...] mas a comunicação é uma fraqueza (P1).

Na minha opinião o *endomarketing*, quando eu entrei era muito forte, comparando com o mercado, com a concorrência, nossa era assim referência, hoje eu vejo que isso aí saindo, me parece que descosturou a comunicação (P4).

O grupo ressaltou, como sendo primordial, o desenvolvimento de ações para minimizar os ruídos de comunicação, proporcionando ao cliente alinhamento interno, segurança, confiança e agilidade no atendimento. Encerraram a discussão entendendo que a comunicação, o acolhimento e a humanização precisam ser melhor trabalhados com as equipes, porque estão relacionados à política de atendimento ao cliente Círculo.

Contribuindo com o apontamento do grupo em relação à comunicação, Morais et al. (2008) ressaltam que a comunicação, como instrumento básico para a humanização da assistência em enfermagem ao doente, deve ser percebida, tanto a partir da linguagem verbal quanto da não-verbal, visto que a observação do sistema de comunicação verbal possibilita ao profissional de enfermagem, na relação com o paciente, perceber características do não-verbal, reveladas em sinais, gestos e movimentos que expressam mensagens e, dessa forma, compreender as necessidades reais do paciente.

A organização possui uma política de atendimento abrangente, que orienta os profissionais envolvidos na aplicação de todas as etapas do atendimento, desde as áreas administrativas, até as áreas de atenção e cuidado ao paciente. Como apontado pelo grupo, algumas fragilidades podem ser melhoradas, sendo uma delas exatamente o processo de comunicação com o paciente e familiar. Em muitos momentos fica a dúvida do que efetivamente pode ser comunicado e de que forma deve ocorrer essa comunicação, mas o fato é que mesmo que seja realizado um excelente atendimento, a falha no processo de comunicação pode colocar em risco essa excelência.

A comunicação interna torna-se também relevante por proporcionar maior informação e motivação para a equipe de trabalho. Porto (2012) afirma que na empresa, a comunicação interna é utilizada para formalizar e transmitir suas estratégias, procedimentos, valores e conduta, obedecendo a um fluxo de informações determinado pela hierarquia, cargos e funções, além de ser fundamental para a tomada de decisões. No cotidiano das organizações, existe também a comunicação informal (conhecida como "rádio-peão" ou *grapevine*, em inglês), meio

de comunicação extraoficial impossível de ser eliminado, por ser intrínseco à necessidade humana.

Luongo et al. (2011) também contribuem com o tema quando expressam que a comunicação permite que se compreenda, que não basta ter as informações, é preciso saber o que fazer com elas, interpretá-las, percebendo a sua importância e relevância, para o tratamento do paciente, no caso das instituições de saúde. A informação perdida ou não valorizada apresentará suas consequências, podendo, até mesmo, gerar conflitos na equipe. É possível perceber que a maioria dos conflitos existentes nas instituições decorre de falhas na comunicação, que causam prejuízos às atividades executadas pela equipe, à instituição e aos clientes e, quando relacionados com saúde e doença, tais prejuízos podem ser fatais.

A “rotatividade” foi destacada inicialmente pelas participantes como uma ameaça, porém diante de um dos depoimentos, concordaram em ser uma fraqueza, entendendo como um fator interno, podendo ser provocado por fatores internos e externos, gerando pontos negativos para a instituição, enfraquecendo a estrutura de trabalho e interferindo na qualificação do serviço, conforme apresentam os depoimentos abaixo:

Rotatividade é uma ameaça, porque ela reduz nossa qualidade, é uma ameaça (P2).

Rotatividade eu concordo, só fiquei na dúvida se ela entra como fraqueza ou ameaça [...] talvez minha percepção esteja errada, mas o que eu vejo, que a rotatividade é uma fraqueza nossa, interna, e o externo é o motivo dela, que é a melhor remuneração, eu vejo que a rotatividade é interna nossa (P3).

Eu não consegui reter, então é minha fraqueza (P4).

Porque esta rotatividade, o número de pessoas novas, faz com que tu reduza um pouco a qualidade, né? (P7).

São todas as consequências da rotatividade, que a gente sabe que é péssima, né? Até a gente conseguir contratar um funcionário, inserir ele na equipe, adaptar ele na rotina, né? Treinamento intenso, que a gente, geralmente, pega pessoas que não têm experiência, tem que praticamente dar o curso de novo, então estas são as consequências da rotatividade né? (P1).

A rotatividade foi entendida como fraqueza diante dos problemas que causa no serviço tais como: falta de profissionais no mercado que gera um tempo prolongado para o fechamento de vagas abertas e uma sobrecarga de trabalho para as equipes, necessidade de muito investimento em capacitação e treinamento para funcionário

novo, tempo que o funcionário novo necessita para conhecer e entender a cultura organizacional e do serviço de enfermagem e os prejuízos para a assistência no dia a dia com o déficit de profissionais. Os depoimentos abaixo sugerem uma alternativa para amenizar esta fraqueza:

Porque no meu setor a gente trabalha com muitas oscilações, a gente trabalha sempre com o 8 e o 80, ou é o setor com pouco paciente ou é o setor extremamente lotado, né? Então a gente tem o dimensionamento para o setor médio vamos supor, mas a gente trabalha muito com os extremos, e isso também pra mim é um fator que eu considero que afeta bastante, além da rotatividade (P6).

É aquela possibilidade de ter funcionários coringas né? Funcionários que a gente alocaria na área conforme a demanda (P1).

A gente tinha uma proposta de contratação de, a gente falou em um momento da contratação de horistas, isso? [...] porque eu vejo que é um modelo rico assim, pensando em áreas como centro obstétrico, pronto atendimento, que são áreas vulneráveis, né? Tu não sabe é o perfil do setor, né? Às vezes tu deixa um dimensionamento de 10 pessoas mas pode ser que tu tenha 10 pessoas paradas e pode ser que tu precisasse de 15 naquele dia, né? Nós, tendo os horistas, eu vejo que seria legal, mais fácil de administrar vagas abertas também (P3).

Os profissionais horistas são profissionais contratados pela instituição em regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mas com carga horária variável, ou seja, não são mensalistas e o salário é gerado a partir das horas trabalhadas. Desta forma, isso corresponderia um custo variável e não fixo, dando oportunidade da instituição acionar o profissional conforme demanda. Esta foi uma ação discutida pelas participantes e envolveria a área de recursos humanos. Será contemplada no plano de ações para amenizar os problemas gerados com a rotatividade ou conforme os depoimentos acima, amenizar os problemas com as áreas que têm um fluxo de atendimento muito variável e que o dimensionamento de pessoal não está adequado à demanda extrema.

Chiavenato (2010) conclui que a rotatividade não é uma causa, mas o efeito de algumas variáveis externas e internas. Dentre as variáveis externas estão: a situação de oferta e procura do mercado, a conjuntura econômica, as oportunidades de empregos no mercado de trabalho. Dentre as internas estão: a política salarial e de benefícios que a organização oferece, o estilo gerencial, as oportunidades de crescimento interno, o desenho de cargos, o relacionamento humano, as condições físicas e psicológicas de trabalho.

De acordo com Gaidzinski et al. (2005), a rotatividade implica, significativamente, na qualidade do cuidado em saúde e também nos custos para a organização. A perda de profissionais experientes afeta o nível de cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador.

Para tanto, torna-se importante, na gestão do serviço, desenvolver estratégias para minimizar os problemas causados pela falta de pessoal qualificado e a sobrecarga da equipe envolvida. Geralmente, o dimensionamento das equipes de saúde já apresenta *déficits* consideráveis para a prestação de uma assistência adequada, o que se torna mais grave diante da ocorrência de rotatividade.

As participantes também identificaram como fraqueza “os registros em prontuário”, sendo que observam falhas relacionadas à: ausência de registro de assistência, registros inconsistentes, expressão de subjetividade e rasuras. Dessa forma, entenderam a necessidade de planejar ações direcionadas para promover a capacitação e orientação sob o ponto de vista ético, legal, jurídico e econômico relacionados à prática do registro em prontuário, levando em conta que toda a assistência prestada precisa estar registrada e alinhada a um plano de cuidados coerente e atualizado com a clínica do paciente. Os depoimentos abaixo evidenciam esta afirmativa:

E os registros? Entra como uma fraqueza, nossa né? Deixamos como registros mesmo? Registros no geral, né? (P1).

Registros do atendimento dos pacientes? Acho que muitas vezes se fala, se faz mas não se registra [...] às vezes tu fez tudo certo mas não registrou, caiu por água abaixo (P6).

Sim, e é um tal de copia e cola, parece que as pessoas não têm noção (P2).

Evidenciou-se, a partir das discussões, que existem inúmeras fragilidades nos registros dos processos que envolvem a assistência e que muitas vezes os profissionais desconhecem ou banalizam a responsabilidade dos mesmos, trazendo prejuízos importantes e intangíveis para a qualidade na assistência e para o respaldo legal e jurídico da instituição e do próprio profissional.

Lucena (2013) reforça a importância e necessidade de registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar, sendo um dever profissional, conforme previsto no Código de Ética de Enfermagem e na Resolução do COFEN 358/2009, que remete ao desenvolvimento das etapas do

processo de enfermagem: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação dos resultados. Por sua vez, as informações geradas pelo processo de enfermagem, quando registradas de maneira completa e fidedigna, podem assegurar a continuidade da assistência e promover a segurança do paciente.

A busca pela excelência da qualidade da assistência também está pautada pelo registro da informação coerente, que é decisiva à adoção de medidas que aumentem a segurança em saúde. Para tanto, é importante reorganizar os processos de trabalho, capacitar continuamente a equipe para a valorização e adesão aos padrões preconizados e criar instrumentos que se constituam em apoio (e não obstáculo) para o registro do cuidado ao paciente. A gestão da informação necessita ser dinâmica e parte de um todo, sendo a tecnologia da informação e os sistemas de classificação de enfermagem excelentes ferramentas, que facilitam a aplicação do processo de enfermagem, aperfeiçoam e fornecem visibilidade aos registros em saúde, que incrementam a segurança e qualidade do cuidado (LUCENA, 2013).

Conforme Vale et al. (2014), os registros por si só não garantem a qualidade do cuidado que foi realizado, porém, pode-se dizer que os registros bem feitos são resultado de um cuidado de enfermagem de excelência. Destacam, também, que os registros servem como dados e informação para pesquisas, para auditorias e para questões éticas e legais.

A “padronização, uniformização e embasamento de condutas”, em termos de ações assistenciais desenvolvidas pela equipe assistencial, através de Procedimentos Operacionais Padrão (POP’s) e protocolos definidos internamente, também foram apontados como oportunidade de melhoria, uma vez que precisariam ser rediscutidos, atualizados e formalizados entre as equipe nas áreas assistenciais. Os depoimentos abaixo elucidam esta definição:

Na uniformização de condutas coloca também os POP’s. Nisso a gente tem que melhorar bastante, né? (P7).

Na padronização de condutas entram os POP’s e protocolos (P2).

Entram no cumprimento da política de qualidade (P3).

Concluiu-se que existe a necessidade de organizar e atualizar os POP’s, contemplando todas as áreas assistenciais e de redefinir protocolos internos de atendimento mediante a análise de prevalência, gravidade ou custo para cada área

ou setor, a partir da descrição do negócio da unidade. As participantes concordaram que estes são instrumentos importantes para subsidiar os profissionais no ajuste e alinhamento de suas condutas.

Dias et al. (2011), no estudo sobre a SAE no gerenciamento da qualidade em saúde, defendem que para proporcionar um cunho mais científico à sistematização, a enfermagem, baseada em evidências, mostra-se extremamente útil, com o intuito de organizar a metodologia e auxiliar no processo de decisão, assegurando condutas mais eficientes e seguras com melhor resposta ao paciente e custo adequado.

Ainda nessa perspectiva Luongo et al. (2011) e LeFevre (2014) concordam que os instrumentos padronizados são exemplo de aplicação da prática, baseada em evidências para se atingir os melhores resultados. Essa prática une o que de melhor se conhece sobre pesquisas e sobre especialistas clínicos, não é estática e pode ser aprimorada. Os instrumentos padronizados garantem os registros das informações mais importantes, além da comunicação feita da melhor maneira. Portanto, tudo que for padronizado deve estar registrado na instituição, estar disponível para consulta, com fácil acesso aos colaboradores que necessitam da informação. Isso tudo gera uma uniformização de condutas e uma melhor gestão de custos.

A “interação profissional” foi outro ponto considerado pelo grupo como sendo uma fraqueza, uma vez que o hospital dispõe de uma equipe multiprofissional, mas a interação entre as várias profissões ainda é tímida, evidenciada pela fragmentação do cuidado, que interfere diretamente na assistência do paciente como um ser humano que precisa ser tratado holisticamente. Os depoimentos a seguir evidenciam esta conclusão:

A interdisciplinaridade como uma fraqueza, a gente conseguir fazer com que este eixo todo aí de multiprofissionais consiga se articular de uma forma que atinja lá o paciente, né? Enfim, a qualidade da assistência não é a enfermagem só, a gente pode fazer nossa parte mas assim é o todo que daí entra todos os outros profissionais também, né? Cada um com seu foco, mas interagindo (P1).

Nós temos dificuldades com a farmácia clínica, com a psicologia, com a assistente social, acho que é inclusive uma oportunidade de melhoria, né”? (P2).

As condutas médicas também, que às vezes a gente tem um protocolo, a nossa parte a gente segue, mas as condutas deles nem sempre são seguidas e às vezes a gente tem que se posicionar [...] a realidade que eu vejo é que as pessoas não fazem a mesma coisa, não falam a mesma língua (P6).

As participantes entenderam que a condição de contar com uma equipe multidisciplinar já não é mais um diferencial, em se tratando de uma instituição com o porte desta e que inclusive, se torna uma fraqueza ao passo que a equipe existe, mas que não apresenta, entre os diferentes profissionais, uma interação em prol da prestação de uma assistência integral ao paciente.

De maneira tímida reconhecem que há iniciativas que promovem a interação, tais como: os *rounds* realizados nas UTI's, a apresentação de indicadores e comissões, abrangendo as diferentes áreas que envolvem a assistência, o seguimento de alguns protocolos definidos internamente, entretanto concordam que são iniciativas ainda muito superficiais, quando se fala de interdisciplinaridade.

Matos e Pires (2009) referem que a diversificação da equipe de saúde, com a incorporação de profissionais de diversas áreas, torna sua composição cada vez mais complexa, pois aumenta a divisão do trabalho entre as áreas especializadas, comprometendo a visão global daquele que busca cuidados de saúde, e na prática assistencial, na maioria das vezes, não acontece a interação profissional e a articulação de saberes e ações. Para solucionar esse impasse, a perspectiva interdisciplinar tem potencial para compreender melhor a multidimensionalidade do objeto de trabalho em saúde e para proporcionar melhores resultados.

Para Garcia e Egry (2010), a integralidade pressupõe que o atendimento em saúde seja compartilhado entre profissionais de várias disciplinas, tais como a enfermagem, a medicina, a nutrição, a fisioterapia, a fonoaudiologia, a farmácia, entre tantas outras. Os profissionais, em conjunto, assumem a responsabilidade de contribuir para a melhora do estado de saúde das pessoas, das famílias e das comunidades. Nesse contexto, a enfermagem precisa definir-se como profissão e campo de conhecimento específico para que, *a priori*, ela própria e as demais disciplinas tenham clareza de sua contribuição na integração com as demais.

LeFevre (2014) entende que o atendimento multidisciplinar é uma abordagem que reúne diferentes profissionais de saúde, que aliados, trabalham com pacientes e suas famílias, oferecendo atendimento especializado e centrado no paciente. Com esse modelo de atendimento, que deve ser perseguido pelos serviços de saúde, são elaborados planos colaborativos de tratamento e o oferecimento dos cuidados é uma responsabilidade compartilhada. Para a autora, ser parte de uma equipe multidisciplinar significa estar muito consciente de não trabalhar isoladamente.

Outro aspecto apontado pelas participantes como fraqueza é o “treinamento admissional”, considerando que a instituição apresenta problemas como: rotatividade, indisponibilidade de profissionais qualificados no mercado, dificuldades no acompanhamento ao funcionário novo no dia a dia do setor e que isso pode gerar um desgaste na adaptação para toda a equipe envolvida e para o funcionário que ingressa na instituição, interferindo diretamente na assistência do paciente. Os depoimentos a seguir evidenciam esta questão:

Mas eu acho que é uma fraqueza, é que se a gente pensar uma liderança que tenha 3 funcionários e que dois estão chegando no mesmo momento e que não tem experiência nenhuma, né? É difícil essa liderança que já tem suas atividades do turno, desprender este tempo para treinar duas pessoas em concomitante, eu acho difícil, eu acho que isto até acontece, mas que fica prejudicado. Não é desmerecer as lideranças, mas é uma questão de, tu não tem só o treinamento, tu tem a tua rotina, né? Já absorve todo, todas as tuas 6 horas de trabalho e ainda absorver treinamento de duas pessoas sem experiência, ou um lado ou outro vai ficar prejudicado, é humanamente impossível (P3).

É o acolhimento do novo funcionário, é o preparo dele, a capacitação, o treinamento admissional mesmo (P1).

As participantes identificaram a necessidade de resgatar a matriz de treinamento dos funcionários da enfermagem e a forma de acompanhamento do funcionário no período de experiência e apontaram mudanças neste processo, envolvendo a área de Recursos Humanos. Sugeriram estruturar um programa de integração, desenvolvimento e capacitação para novos funcionários e citaram como exemplos: a definição de um setor assistencial do hospital ser definido como uma incubadora para funcionários novos, experiência já trazida de outros hospitais; ou avaliar um pacto acessório (forma de pagamento de horas extras à jornada contratada) para um profissional identificado como talento que possa destinar horas exclusivas para o acompanhamento e treinamento dos novos funcionários na área. Estas alternativas proporcionarão melhores condições para preparar o novo funcionário, além de minimizar problemas com a sobrecarga da equipe que recebe um novo funcionário.

Nessa linha de pensamento Cecagno et al. (2009) traduzem que a incubadora é uma nova forma de aprendizagem na enfermagem/saúde que permite integrar a inovação, a tecnologia e a educação, possibilitando aos trabalhadores da área captar a realidade do cotidiano, despertar e aplicar novas ideias, aumentar competências e habilidades, adquirir e adicionar conhecimento e, desta maneira, fazer a diferença na

sua trajetória profissional. A Incubadora de Aprendizagem, vista nesta perspectiva, representa um novo modo de aprender, isto é, uma aprendizagem integrada com a mudança/ inovação, buscando criar e agregar tecnologias à prática do cuidado no e com o ambiente de trabalho. Busca-se, através da incubadora de aprendizagem na enfermagem, criar e implementar novos projetos e metodologias inovadoras de ensino, interconectados às novas tecnologias, a fim de utilizá-los como instrumentos/recursos para a aquisição de saberes, habilidades e competências à prática gerencial, investigativa, assistencial e educacional.

Evidencia-se importante estruturar programa de educação continuada de forma que haja condições de proporcionar o aprendizado e o verdadeiro objetivo dos treinamentos.

Nessa linha, Chiavenato (2010) aponta que treinamento não deve ser confundido com uma simples questão de realizar cursos e proporcionar informações. Vai muito mais longe. Significa atingir o nível de desempenho almejado pela organização através do desenvolvimento contínuo das pessoas que nela trabalham. Para tanto, o autor afirma que é desejável criar e desenvolver uma cultura interna favorável ao aprendizado e comprometida com as mudanças na organização.

A “falta de programas de qualidade de vida e ambiência e uma política de humanização” envolvendo o público interno foram classificadas pelo grupo como fraqueza, diante das dificuldades encontradas entre os profissionais nos contextos sociais, pessoais e profissionais. Debateram sobre a condição abalada de saúde e de motivação dos profissionais, que são responsáveis por fazer o serviço de enfermagem cumprir a missão definida. Os depoimentos abaixo confirmam esta afirmativa:

A gente tinha um programa de escuta e que a gente não tem mais, né? Hoje pra nós, não sei, acho que é uma fraqueza muito grande, porque o que a gente vê, a gente vê muito, tá muito forte esta dificuldade nas pessoas, então a gente vê as pessoas em uma relação direta disto com o trabalho e a gente tá muito sem suporte de auxílio para funcionário, as pessoas estão doentes e ninguém dá o que não tem (P3).

Como que estão as pessoas que executam, que vão executar para chegar na nossa missão? (P1).

Quem cuida do cuidador? (P7).

Concluiu-se que a instituição precisa investir mais em suporte de acolhimento e humanização para os funcionários, levando em conta que as pessoas que prestam o atendimento, que desenvolvem a assistência precisam estar bem para transmitir o que se espera no atendimento: serenidade, amorosidade, empatia.

De acordo com Amaral et al. (2015), os fatores que contribuem para a qualidade de vida de um indivíduo, o trabalho talvez seja um dos mais marcantes por dois motivos: oportunidade de acesso à educação, à cultura e ao lazer; e, de um modo geral, o indivíduo passa a maior parte ativa de seu tempo trabalhando. A qualidade de vida no trabalho (QVT) está diretamente relacionada à satisfação e ao bem-estar do indivíduo na execução de suas tarefas e é indispensável no que diz respeito à produtividade e à competitividade, fatores sem os quais uma organização não sobreviveria no mercado.

Vidal et al. (2013) afirmam que um fator preponderante da gestão de pessoas é a qualidade de vida que está sendo uma preocupação constante na administração das empresas, uma vez que uma rotina estressante e as longas jornadas de trabalho podem comprometer a assistência prestada aos pacientes.

Vale et al. (2014) citam que uma das características do trabalho no setor saúde é que se trata de um trabalho vivo, pois mesmo diante de tecnologias disponíveis para atendimento dos usuários, requererá a presença humana para a sua execução. Essa característica, por sua vez, pode permitir, por meio da maior politização desses profissionais, o aumento da permissibilidade para negociar por melhores condições de vida e de trabalho, já que sua mão de obra é essencial e necessária para o cuidado das pessoas.

O fortalecimento e “desenvolvimento de lideranças” também foram apresentados nos debates das participantes como oportunidade de melhoria, uma vez que líderes preparados e fortalecidos transmitem às equipes mais segurança e confiança nas relações de trabalho. As participantes reconhecem que, internamente, existem fragilidades tanto no preparo dos líderes como no suporte da organização para minimizar essas fragilidades. Os depoimentos abaixo retratam esta evidência:

Eu acho que o Programa Gestor Círculo (PGC) era muito legal, não podia se perder, ficou um ano sem já, mas não podia se perder, sabe? Por que foi um, foi um programa, não sei se é programa enfim, que faz muito bem pra todas as equipes de enfermeiros que estão entrando ou para todos os líderes que estão entrando, eu vejo que entraram vários líderes novos depois da última turma do PGC, e como faria bem sabe? Eles continuarem com essa, com esse modelo, acho que faria muito bem, porque aproxima, porque realmente traz maturidade para o gestor, enfim, eu acho que é uma, que é um grande programa sim, honestamente acho que é [...] eu acho que falta um pouquinho de, não sei se é pessoal ou da própria empresa, no meu ponto de vista, investimento na área de gestão, gestão, né? (P4).

Eu acho que sim, eu acho que nós como líderes, eu vou falar por mim que é uma opinião minha, que a gente tem a visão que a gente fica muito no nosso

quadrado mesmo, acho que a gente tem que sair um pouco desta realidade e entender um pouco mais do funcionamento geral, a gente sabe que às vezes a demanda, né de [...] acompanhar dois funcionários novos [risos], querendo ou não, não deixa a gente atuar mais, né? Mas claro, eu acho que uma busca ativa nossa pessoal, também, acho que é válido de a gente buscar mais, nós como líderes, né? Mas ainda a gente tem uma visão um pouco mais fechada no setor assim (P5).

Não só para os gestores novos, né? Mas reciclagem para os que estão, né? Dar aquela sacudida (P2).

Acho que o desenvolvimento de liderança é uma fraqueza, quando a gente fala de liderança a gente vem em uma crescente assim, né? Acho que liderança é isso, tu não nasce com ela, é algo que tu desenvolve e eu acho que a instituição tem que empurrar, acho que tem que ter estratégias para empurrar, eu acho que sim, que é uma fraqueza, acho que a gente tem bastante para avançar nisso, acho que é uma questão de visão, acho que as pessoas se fecham no seu mundo e a visão comprometida impacta muito na questão de resultado, porque as vezes o que eu acho que é do outro, eu não me dou conta que é meu, então eu acho que é da coordenação, da gerência, da, eu não me dou conta que é meu isso, que é da minha equipe, que é meu (P3).

Concluiu-se que os líderes enfermeiros, de forma geral, ainda precisam desenvolver melhor a competência de liderança. Contudo, por mais que seja necessário que cada líder esteja aberto para buscar mais preparo e formação em gestão, a instituição precisa prover capacitação e as diretrizes em relação à definição e à clareza das responsabilidades de cada um, dentro da equipe e dos resultados esperados do trabalho.

Lima et al. (2014), em seu estudo sobre as dificuldades e facilidades no gerenciamento de enfermagem no hospital, evidenciam que os enfermeiros não se posicionam como atores de transformação. Os autores (2014) defendem que o enfermeiro precisa refletir a respeito da própria práxis e do posicionamento que assume em face às dificuldades.

Ainda nessa perspectiva, Marques et al. (2013) referem que a liderança alinhada à motivação são fatores que agregam tanto aos líderes quanto aos liderados e que potencializam significativamente os resultados da empresa. O grande desafio da empresa está em preparar melhor as pessoas que exercem cargos de liderança, fazendo com que esse funcionário siga os atuais critérios e conceitos da gestão de pessoas, desenvolva as competências e habilidades inerentes ao cargo.

As participantes também lembraram a “pouca participação e envolvimento da equipe operacional na análise e gestão do serviço” que reduz a visão e a participação dos profissionais nos processos, entendendo que esse aspecto também pode ser

considerado uma fraqueza, levando em conta que a pouca participação e o pouco envolvimento da equipe nos processos de gestão, reduzem a responsabilização pelos resultados. Os depoimentos abaixo relacionados retratam esta afirmativa:

A participação dos técnicos de enfermagem nas reuniões das áreas, né? Então, é uma forma, dei um exemplo, mas existem outras. Não é a gerência e a coordenação que precisa pensar na construção de um protocolo assistencial, é a equipe (P1).

Eu acho que se isso se concretizar, vai ter uma aceitação melhor das ações, porque elas sentem uma distância muito grande, não entendem, não entendem muitas vezes que a gestão do serviço é bem maior do que o quadrado, se elas se sentirem próximas, elas se sentem importantes (P6).

Destaca-se que o desenvolvimento participativo do planejamento estratégico do serviço de enfermagem, conduz para uma atuação mais pontual da equipe no planejamento e gestão do serviço. O trabalho coletivo seria considerado um elemento disparador para ações de maior envolvimento da equipe e responsabilização pelos resultados. As participantes reconheceram que internamente precisariam achar alternativas para promover este novo modelo de trabalho.

Jorge et al. (2007) revelam que as pessoas inseridas nas instituições apresentam necessidade de desenvolver suas potencialidades, de participar dos processos decisórios e de sentir-se valorizadas, elas não querem ser apenas parte de uma engrenagem, mas pessoas ativas e participantes do processo de trabalho. Os autores (2007) defendem a participação das pessoas envolvidas no processo de trabalho para uma gestão compartilhada, uma forma de compartilhar as decisões e envolver as pessoas nas suas práticas de trabalho e no ambiente em que elas ocorrem. Destacam-se vários benefícios, principalmente no que diz respeito à autonomia e satisfação dos profissionais e melhora dos processos de trabalho.

Luongo et al. (2011) relatam que o poder pessoal pode ser estimulado por meio da gestão que motiva essa pessoa quando lhe propõe um desafio. A pessoa se esforça para cumprir o desafio proposto, aumentando sua capacidade e seu poder pessoal. Assim, percebe-se que a exploração do potencial de cada indivíduo proporciona a ele confiança e autoestima, e esses elementos aumentam o seu desempenho dentro de uma instituição.

Na categoria **OPORTUNIDADE**, o grupo debateu intensamente as oportunidades que se apresentam no cenário externo, a fim de identificar

possibilidades que possam agregar melhorias ao serviço e simultaneamente estar aberto a novas tendências, quebrar paradigmas e inovar.

Identificaram que as atuais “parcerias com escolas de enfermagem e os estágios”, que são desenvolvidos atualmente no hospital e, especificamente, no serviço de enfermagem podem ser considerados uma oportunidade à medida que propiciam desenvolvimento e atualização da equipe de trabalho. Os depoimentos abaixo reforçam esta afirmativa:

As questões dos estágios de enfermagem? É uma oportunidade eu vejo, no sentido de pesquisa, desenvolvimento de ensino, né? (P1).

Inclusive uma oportunidade para nós estudarmos mais, buscar o conhecimento, o estagiário traz isso, né? E também temos com isso os descontos para cursos (P2).

As participantes concordaram que o convívio com estagiários e professores proporcionam à equipe de enfermagem novos conceitos e experiências, bem como ampliam recursos para absorver uma demanda de trabalho importante nas áreas. Além disto, evidenciou-se que estas parcerias geram ao cliente interno (colaboradores) maior acessibilidade ao meio acadêmico, através dos descontos proporcionados para funcionários do hospital, diante dos convênios estabelecidos pela instituição e pelas escolas.

Para Cecagno et al. (2009), na ótica da complexidade do ser humano e do mundo do trabalho da enfermagem, a construção do conhecimento no próprio ambiente de trabalho possibilita tanto a mudança e a renovação dos serviços, como a otimização da qualidade do cuidado prestado. Cabe salientar que, quanto mais se adiciona informação e conhecimento a um produto ou serviço, mais qualidade ele terá, podendo até gerar novas informações e conhecimentos capazes de se reintegrar num dinâmico e contínuo processo de aprendizagem, expressando-se através da concretude do cuidado de enfermagem.

Albuquerque et al. (2008) e Pinto, Formigli e Rego (2007) afirmam que a integração ensino-serviço é considerada, pelo Ministério da Saúde, como estratégia importante para a formação de profissionais que também atendam aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Pode ser entendida como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de discentes e docentes, com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, visando à qualidade de atenção à saúde

individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores dos serviços.

Baldoino e Veras (2015), no estudo sobre mapeamento de atividades de integração ensino-serviço, adotadas em cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia, concluem que a integração entre a Universidade e os serviços de saúde, deve ser facilitada e efetivada de forma a beneficiar ambas as partes, pois uma instituição necessita da outra. A universidade necessita de campos para que seus discentes entrem em contato com a realidade social e possam colocar em prática seus aprendizados adquiridos em sala de aula, com o objetivo de melhorar a capacitação e qualificação profissional, através da experiência vivenciada e, conseqüentemente, melhorar o cuidado em saúde. E, os serviços de saúde necessitam do compartilhamento de experiências e conteúdo entre os docentes, discentes e os profissionais do serviço, porque se estabelece um processo de ensino-aprendizagem contínuo entre ambos, favorecendo o andamento e qualificação do serviço.

O grupo discutiu intensamente sobre o momento econômico e financeiro que o hospital encontra-se, considerado um momento difícil e desafiador, entretanto, as participantes referiram ser menos grave quando comparado ao ano anterior, onde foi necessário inclusive interromper com o processo de certificação de qualidade. Atualmente está sendo viabilizada a “retomada dos processos de qualidade” dentro do hospital e a (re)certificação perante órgãos certificadores. Os depoimentos a seguir evidenciam esta oportunidade:

A retomada do processo de qualidade eu acho que é uma oportunidade, porque hoje a gente não tem mais (P7).

Eu acho que sim, é uma oportunidade de voltarmos fortes com esta questão da qualidade (P2).

Marquis e Huston (2010) mencionam que o líder administrador, integrado no controle da qualidade, precisa correr riscos e assumir responsabilidades. Em um período de recursos limitados e contenção de gastos, há cada vez mais pressão para que a qualidade seja sacrificada na tentativa de conter custos. O líder consciente admite esse risco e tenta chegar a um equilíbrio entre qualidade e contenção de gastos, que não viole as obrigações profissionais para com pacientes e subordinados.

Dias et al. (2011), a partir da análise das produções científicas selecionadas no estudo sobre a sistematização da assistência de enfermagem no gerenciamento

da qualidade em saúde, relatam ser impossível desprezar a implantação da qualidade, em todas as suas dimensões, seja ela assistencial, administrativa ou gerencial, já que se configura como uma exigência do mercado na atualidade. Dessa forma, as instituições prestadoras de saúde buscam enquadrar-se nesse contexto.

Segundo Luongo et al. (2011), para o desenvolvimento de uma política de qualidade em uma organização de saúde, faz-se necessário o conhecimento das diretrizes e estratégias institucionais. O desafio é planejar, da maneira mais adequada, as necessidades da organização, desde um pequeno programa interno até uma avaliação externa embasada em conceitos internacionais. As instituições utilizam diferentes instrumentos para a gestão de qualidade, visando às oportunidades de melhorias em seus processos.

Diante da recuperação do equilíbrio econômico e financeiro, as participantes debateram como oportunidade a “ampliação dos recursos tecnológicos”, principalmente no que se refere a: equipamentos no centro cirúrgico, mobiliários para os leitos, tecnologia para facilitar a assistência (carros para curativo, banho de leito, checagem à beira do leito, carrinhos para medicar à beira do leito), considerando que isso representa a busca de maior qualidade, agilidade e segurança no atendimento e satisfação dos clientes. Os depoimentos abaixo representam esta discussão:

Tem tantas coisas assim, que a gente nem olha muito porque, sabe, né? Não é que a gente não tenha que olhar, tem que olhar sim para ver o que tem no mercado e, e pensar assim a gente não pode agora mas vamos programar, vamos fazer nosso registro adequadamente, não vamos ter glosa, vamos dar resultado para que a gente consiga investir (P1).

Coloca a ampliação tecnológica, que daí entra tudo (P7).

Reforçando as falas das participantes, Luongo et al. (2011) explica que recursos materiais adequados, na quantidade e na qualidade, são elementos indispensáveis para assegurar o aumento da produtividade, que é uma meta importante nas instituições. A tecnologia possibilita aos indivíduos, meios para aplicar seu conhecimento e ampliar sua capacidade de prestação de serviço, levando ao cliente uma assistência que supra suas necessidades.

Conforme Vale et al. (2014), as tecnologias de saúde disponíveis, por sua vez, podem minimizar o gasto de tempo ao substituir funções que anteriormente eram exclusivas ao homem e facilitar os processos de trabalho, propiciando melhor estrutura e maior agilidade no trabalho burocrático e de controles, gerando resultados

como: menor sobrecarga de trabalho sobre os profissionais de enfermagem, com reflexos diretos na qualidade da assistência e na qualidade de vida no trabalho, e a ampliação do contato do paciente com a equipe de enfermagem, melhorando a qualidade do cuidado e facilitando a atuação do enfermeiro como educador em saúde.

O grupo também defendeu como oportunidade a “retomada da realização de cursos na área assistencial”, tais como: curso de gestantes, curso de vovós, curso de cuidadores, como oportunidade de gerar maior visibilidade e reconhecimento na comunidade e dentre os clientes. São cursos abertos ao público externo, realizado pelos profissionais da enfermagem. O depoimento abaixo retrata esta oportunidade:

Eu estava pensando em nossos cursos, que nós tínhamos na área, que eu ainda acho que eles são oportunidades, porque tem surgido muito forte, na mídia, na concorrência, pessoas de forma autônoma, eu acho que a gente teria uma oportunidade de resgatar, mas em outros formatos, o curso de gestantes sempre foi o mais forte (P6).

Evidenciou-se que, principalmente o curso de gestantes, é uma oportunidade importante, diante de o hospital ter a área materno-infantil como referência regional e também porque desde que o curso não foi mais oferecido, os pais chegam muito despreparados e ansiosos na maternidade, após o parto. Também foram discutidas outras possibilidades de serviços como oportunidade de ampliar receita. Os depoimentos a seguir retratam esta condição:

E a gente sente na prática muito, às vezes, quando eles vêm do centro obstétrico, tenho vontade de colocar os pais dentro de uma sala e dar o curso (P6).

Eu não falaria só de curso de gestantes, acho que teria muitas ideias para serem feitas a nível de serviço de enfermagem, né? Eu acho que consultoria à domicílio, curso de babás, voltar com o de gestantes, voltar com o de avós, curso de cuidadores, sei lá, encontro de diabéticos (P3).

Isso já seria um novo negócio, né? Já seria uma preventiva, né? (P4).

Porque é aí que a gente fala que a crise pode ser uma ameaça, mas pode ser também uma oportunidade, porque hoje as pessoas estão desempregadas e daqui um pouco tu dá um cursinho de cuidador, que a pessoa vai cuidar de alguém, né? É uma oportunidade no desemprego (P3).

Ressalta-se diante dos depoimentos, conforme Oliva e Borba (2004), que a definição do serviço associado ao produto para uma empresa de serviços médico-hospitalares corresponderia a uma das etapas mais críticas para uma organização. Focando-se na ideia de produto, como diz Peter Drucker (1995 apud Oliva e Borba 2004), o que o cliente compra nunca é um produto, mas sim o que o produto faz por

ele. Se um produto for definido de forma inadequada, terá custos e não terá receitas. Um produto realmente talhado para o cliente será consumido e, para tal, necessitará ter qualidade demandada pelo cliente com todas as alternativas de qualidade atrativa, em que, também, se inclui o preço que o cliente está disposto a pagar.

De acordo com Cecagno et al. (2009), na enfermagem, adicionar valor ao produto/saúde pode ser visto como possibilidade de habilitar o profissional, tornando-o capaz de agregar os avanços tecnológicos ao conhecimento que possui, permitir melhorias na organização do seu trabalho, convergindo para a melhor qualidade do serviço, aumentando sua autoestima, motivando-o a prosseguir no processo do “aprender a aprender”.

Destaca-se importante analisar as demandas para novos produtos, sempre desenvolvendo um planejamento com diagnóstico, para avaliar criteriosamente que cursos podem ser retomados, que custos serão gerados e se, realmente, serão rentáveis para organização. Ao mesmo tempo é importante avaliar, se mesmo com receita estreita, esses produtos podem de alguma forma tornar o hospital e o serviço mais visível, tendo em vistas outros ganhos que não apenas os relacionados à receita.

Na categoria **AMEAÇA**, o grupo focou bastante no que se refere à “remuneração e competitividade”, sendo pontos levantados como preocupantes e de difícil alcance ao curto prazo, mediante o atual cenário econômico e financeiro da instituição. Os depoimentos abaixo revelam esta afirmação:

Nós não vamos voltar a ser competitivos em dois anos por exemplo, não vamos (P4).

E a competitividade do mercado, é uma ameaça, hoje está muito competitivo, né? (P2).

Sim, porque pagam melhor, tem uma melhor remuneração, principalmente em benefícios, auxílios para estudar, isto a gente perde, né? (P3).

Essa competitividade do mercado, que as empresas estão recrutando os nossos funcionários (P7).

As participantes defenderam que serão necessárias ações de impacto, em relação ao clima interno e organização de recursos, para superar a expectativa do público interno e fortalecer o serviço, tornando-o competitivo novamente. Em discussões anteriores, o grupo evidenciou que as pessoas se fidelizam à instituição por outros motivos, que não sejam apenas os relacionados à remuneração, mas

àqueles tais como: o relacionamento interpessoal, a organização interna, adequado dimensionamento de recursos e a visibilidade do serviço.

Luongo et al. (2011) comenta que a competitividade é o maior desafio das organizações. Na área da saúde a competitividade também está presente e deve ser vencida. Para isso, além do bom desempenho dos recursos humanos disponíveis para a prestação da assistência ao cliente, é preciso haver bons recursos materiais. Ressaltam ainda que é necessário haver total equilíbrio e interação entre os recursos humanos e os recursos materiais, pois se não houver tecnologia e recursos materiais disponíveis, haverá uma limitação no desempenho dos profissionais. Em contrapartida, se houver tecnologia e recursos materiais adequados, mas não houver recursos humanos suficientes, bem geridos e capacitados o resultado não será o ideal.

A “desqualificação da mão de obra” torna-se outro ponto ameaçador, diante do *déficit* no ensino e da pouca disponibilidade de profissionais preparados no mercado. Os depoimentos abaixo evidenciam esta preocupação:

E a questão disso que a gente discutiu antes da preparação dos cursos, das pessoas virem cada vez mais fracas, é uma ameaça (P6).

A desqualificação da mão de obra tem que entrar como ameaça (P5).

O grupo discutiu muito este aspecto, a fim de construir, internamente, um programa forte de desenvolvimento e capacitação de profissionais contratados sem experiência. Evidenciou-se a possibilidade de construir um programa intenso e consolidado para o acolhimento e desenvolvimento de funcionários novos, com foco na capacitação do profissional sem experiência. Diante da condição desfavorável de profissionais qualificados disponíveis no mercado, as participantes entenderam que a instituição precisa prover meios para o desenvolvimento do capital humano, proporcionando programas mais intensos de capacitação e desenvolvimento aos profissionais recém contratados.

Vale et al. (2011) colaboram com a proposta acima mencionada, quando afirmam que a educação permanente pressupõe a metodologia da problematização, com ênfase nas situações-problema das práticas cotidianas, possibilitando reflexões críticas e articulando soluções estratégicas construídas no coletivo. Citam Merhy (1997) que, ao se posicionar sobre a educação permanente em saúde, relata que a

promoção de cursos compensatórios, com o objetivo de sanar a falta de competência dos trabalhadores e, conseqüentemente, obter maior eficácia das ações de saúde, não tem produzido o efeito desejado na atenção à saúde.

Isso ocorre porque a prática da educação tem sido tratada, tendo como base a razão instrumental, que não consegue operar na dimensão subjetiva dos trabalhadores, portanto, redundando na repetição das ações e não na mudança das práticas (VALE et al. 2011).

Dessa forma, torna-se imprescindível desafiar os enfermeiros que têm, na sua dimensão de trabalho, a educação, a repensar as práticas e estratégias para proporcionar uma condição de aprendizado que contemple o profissional como agente de transformação do processo de trabalho.

Outro fator ameaçador identificado pelo grupo seriam as “doenças ocupacionais e a desmotivação da classe” (enfermagem). Nesse sentido, a avaliação das participantes, no que tange a esses fatores, se refere a um contexto sócio econômico que atinge esse público, à medida que se trata de profissionais que ganham baixos salários e, muitas vezes, optam por trabalhar em vários lugares ao mesmo tempo para dar conta de sua sobrevivência. Os depoimentos abaixo remetem a esta definição:

Entra a sobrecarga aqui também, dois empregos, todo o contexto social das pessoas (P6).

A gente vê tanta gente desmotivada, que não tem compromisso com o trabalho, geralmente pessoas que já tem problemas emocionais e psiquiátricos, entre outros (P1).

As participantes concordaram que o cenário em que a profissão está inserida pode acarretar uma sobrecarga física e emocional, gerando uma série de problemas, como: estresse, estafa, cansaço excessivo, doenças ocupacionais, desmotivação, desqualificação e estagnação, porque os profissionais não investem em formação, enfim, uma série de dificuldades que, dificilmente, a instituição, por si só, consegue resolver. Concluiu-se que, para minimizar os problemas citados, a instituição deve desenvolver programas de qualidade de vida, ambiência, humanização, conforme já citado anteriormente, melhorando o clima interno e promovendo mais saúde e bem-estar aos profissionais e, conseqüentemente, maior comprometimento com o trabalho e com a instituição.

Chiavenato (2010) contribui com as constatações, pontuadas pelas participantes, quando cita que o estresse no trabalho provoca sérias consequências, tanto para o colaborador, como para a organização, pois interfere na quantidade e qualidade do trabalho desenvolvido, gerando aumento de absenteísmo, rotatividade, reclamações, insatisfações. A gestão da qualidade total nas organizações depende, fundamentalmente, da otimização do potencial humano. E isto depende de quão bem as pessoas se sentem trabalhando na organização.

O “contexto social” também foi elencado pelo grupo como fator ameaçador e preocupante, diante do desequilíbrio econômico e financeiro e a falta de perspectiva de melhora das condições socioeconômicas que atingem diretamente a qualidade de vida das pessoas. O grupo concluiu que este cenário social apesar de interferir negativamente na vida das pessoas, também trouxe um efeito positivo para a instituição à medida que as pessoas estão valorizando mais o emprego. Os depoimentos abaixo retratam estas afirmativas:

Neste momento, o contexto social é uma ameaça, entendendo que o social envolve tudo, é financeiro, é segurança, é profissional, é questão de saúde, de lazer (P4).

Interfere diretamente na vida das pessoas (P7).

Eu não sei nas áreas de vocês, mas na minha área o índice de absenteísmo baixou muito, as pessoas não colocam mais atestado por qualquer coisa (P7).

Sim, concordo, reduziu muito mesmo, as pessoas estão com medo de perder o emprego (P2).

Nesse sentido, como já citado anteriormente, o grupo entende que os programas que promovam melhoria do clima interno e o suporte ao funcionário, amenizarão os efeitos negativos do contexto social atual, proporcionando maior valorização e fidelização das pessoas com a instituição.

Kurcgant (2010) cita que o trabalho no contexto mundial, vem sofrendo transformações importantes, decorrentes da chamada globalização, que tem exigido constantes mudanças na sua forma de organização. Inserido nesse cenário, o trabalho exercido no país reproduz essas transformações e sofre impacto das políticas capitalistas. Nessa realidade, estão presentes a redução da força de trabalho, o desemprego, a competitividade, a conseqüente busca por novas formas de organização dos processos de trabalho, a intensificação do ritmo onde o trabalho é executado, a flexibilização dos direitos trabalhistas e a inserção informal nos

mercados, dentre tantas outras. Em contrapartida, com o advento da qualidade, tem repercutido nas organizações um aumento de produtividade em detrimento, muitas vezes, da qualidade de vida do trabalhador.

Chiavenato (2010) afirma que as pessoas constituem o principal ativo da organização. Daí a necessidade de tornar as organizações conscientes e atentas para seus funcionários no seu contexto físico, social e emocional. As organizações bem sucedidas estão percebendo que apenas podem crescer, prosperar e manter sua continuidade se forem capazes de otimizar o retorno sobre os investimentos de todos os parceiros. O autor defende, ainda, que as pessoas podem aumentar ou reduzir as forças e fraquezas de uma organização, dependendo da maneira como elas são tratadas. Elas podem ser a fonte do sucesso como podem ser a fonte de problemas. Nesse sentido, é melhor tratá-las como fonte de sucesso.

5.3 CONSTRUÇÃO DO MAPA ESTRATÉGICO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A construção do mapa estratégico foi elaborada com base na metodologia *Balance Score Card* (BSC), focando-se a análise e o entendimento de cada uma das perspectivas: financeira/sustentabilidade, de clientes, de processos internos e de aprendizado e crescimento. Concomitante ao referencial teórico, as participantes analisaram o mapa estratégico institucional já definido para alinhamento das definições e construção do mapa estratégico do serviço de enfermagem.

A pesquisadora, após utilizar material disparador, no que se refere ao referencial teórico acerca da temática - Mapa Estratégico, oportunizou às participantes que pudessem esclarecer dúvidas e construírem de forma mais pontual os objetivos estratégicos em cada perspectiva. A discussão dos objetivos estratégicos conduziu as participantes para a organização das unidades de significação da matriz *SWOT*, associadas em cada perspectiva, sendo apresentado no Quadro 9.

Quadro 9 - Categorias e unidades de significação do mapa estratégico do serviço de enfermagem
(continua)

CATEGORIAS	Unidades de significação
------------	--------------------------

PERSPECTIVA DE APRENDIZADO E CRESCIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o fortalecimento na área de educação continuada; - Buscar novas tecnologias associadas à assistência direta de enfermagem; - Desenvolver programas e políticas de humanização com o funcionário; - Proporcionar comprometimento, motivação e satisfação das equipes com o trabalho; - Identificar e reter talentos na enfermagem (aproveitamento, oportunidades internas).
PERSPECTIVA DE PROCESSOS INTERNOS	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidar metodologia de trabalho da enfermagem - padrão da assistência de enfermagem; - Integrar a administração e a prestação da assistência na gestão do serviço; - Implantar e refinar POP's e protocolos garantindo segurança e conformidade dos processos; - Desenvolver práticas para minimizar riscos assistenciais; - Fortalecer a interface entre às áreas; - Garantir a comunicação efetiva.
PERSPECTIVA DE CLIENTES	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer a imagem e confiança do serviço (excelência); - Fortalecer o relacionamento com os clientes internos e externos (médicos, família, pacientes); - Fidelizar carteira de clientes.
PERSPECTIVA DE SUSTENTABILIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - Racionalizar custos; - Favorecer a busca e a implantação de novos recursos com menores custos, mantendo a qualidade; - Melhorar resultado operacional das unidades de negócio.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Na categoria **PERSPECTIVA DE APRENDIZADO E CRESCIMENTO**, evidenciou-se que as participantes focaram muito a discussão na construção de um objetivo estratégico que contemplasse a educação em serviço, no fortalecimento da educação continuada, levando em conta que esse aspecto também foi evidenciado nos valores do serviço através do desenvolvimento contínuo das pessoas e nas fraquezas identificadas da matriz *SWOT* através do treinamento admissional, desta forma definiu-se como objetivo estratégico a “promoção do fortalecimento na área de educação continuada”. Os depoimentos abaixo retratam esta discussão:

Uma coisa que eu pensei é fortalecer os times de ensino e prática das áreas, acho que seria fortalecer, não precisa implantar porque nós já temos, precisamos fortalecer (P2).

Sim, times de ensino, educação continuada e treinamento admissional entram aqui [...] dá pra gente colocar como promover o fortalecimento da educação continuada, é isto? (P1).

É que hoje a gente não tem educação continuada, a gente tem o time de ensino e prática [...] ao invés da gente colocar fortalecimento da educação

continuada, colocar fortalecimento dos times de prática e ensino, porque a nomenclatura de educação continuada a gente não usa, né? (P3).

Mas a gente tem que pensar mais amplo, aqui entraria também aquela questão do treinamento admissional, entende? Depois a gente desdobra, mas aqui a gente tem que fazer um objetivo macro em relação à educação (P1).

O grupo evidenciou que neste objetivo estratégico, estariam contempladas todas as ações para o desenvolvimento contínuo, ou seja, o programa para acompanhamento e desenvolvimento do funcionário novo, o desenvolvimento das lideranças e a uniformização e consolidação do trabalho dos times de ensino e práticas assistenciais.

A prática educativa é de fundamental importância na enfermagem, tanto para o paciente quanto para o profissional. A instituição tem a responsabilidade de propor programas apropriados às necessidades de qualificação em novas situações e reciclar seus trabalhadores, qualificando-os para as exigências assistenciais ou para as mudanças necessárias frente à assistência de qualidade (VARGAS; LUZ, 2010).

A tessitura da definição de objetivos na perspectiva de aprendizado e crescimento e, alinhado ao objetivo estratégico institucional de “buscar constantemente novas tecnologias”, fez o grupo entender que deveria manter este objetivo como estratégico e importante para o serviço de enfermagem. Assim sendo, a busca por tecnologias, associadas à assistência, a fim de promover atualização, inovação, qualificação e otimização de recursos, pode gerar maior conhecimento e agilidade aos processos assistenciais. As participantes sugeriram que esta busca seja capitaneada pelos times de prática das áreas. O depoimento a seguir evidencia esta afirmativa:

A busca de tecnologias também, né? Acho que podemos manter como objetivo também do serviço, os times de prática podem fazer isto em cada área (P2).

Sim, fica alinhado com o estratégico de buscar constantemente novas tecnologias (P3).

A busca constante por novas tecnologias, ligadas à assistência, abrange, no entendimento do grupo, tecnologias não somente relacionadas a equipamentos, mas também a materiais, fluxos e processos, envolvendo tecnologia leve, leve-dura e dura. Os times de prática assistencial têm como objetivo principal a realização de revisão

de processos e fluxos, dessa forma o grupo entendeu que, diante deste trabalho, fica inerente à busca por inovação e atualização nos processos de trabalho.

Vivemos numa era tecnológica onde, muitas vezes, a concepção do termo tecnologia tem sido utilizada de forma enfática, incisiva e determinante, porém equivocada na nossa prática diária, uma vez que tem sido concebida, corriqueiramente, somente como um produto ou equipamento. A temática tecnologia não deve ser tratada através de uma concepção reducionista ou simplista, associada somente às máquinas. Entendemos que a tecnologia compreende certos saberes constituídos para a geração e utilização de produtos e para organizar as relações humanas (MEHRY et al., 1997).

As tecnologias na área da saúde foram agrupadas por Mehry et al (1997) em três categorias a saber:

- a) tecnologia dura: representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo;
- b) tecnologia leve-dura: incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, entre outras;
- c) tecnologia leve: que se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde.

Evidenciou-se, nas discussões do grupo, que as três categorias delineadas estão estreitamente interligadas e presentes no agir da enfermagem, embora nem sempre de modo transparente.

O “desenvolvimento de programas e políticas de humanização com o funcionário” foi uma estratégia, que as participantes entenderam como sendo assertiva, que refletem em melhorias no atendimento, à medida que promove ações internas de cuidar de quem cuida. Avaliam que, desta forma, os profissionais terão mais apoio e melhor satisfação com a instituição e com o serviço. Definiu-se também, por este objetivo estratégico, devido terem sido levantadas na matriz *SWOT*, ameaças e fraquezas relacionadas à motivação dos trabalhadores e às doenças ocupacionais, além disto, está alinhado com o objetivo estratégico institucional, conforme elucida os depoimentos abaixo:

Um objetivo estratégico institucional é promover programas de qualidade de vida e ambiência, eu acho que a gente pode falar da humanização, né? Promover programas de humanização (P3).

Sim, promover programa e políticas de humanização (P2).

Dalla Vechia et al. (2015) abordam que as organizações buscam cada vez mais o comprometimento de seus funcionários, para que consigam atingir suas metas e resultados. Muitas organizações investem no comprometimento e, conseqüentemente, na satisfação dos colaboradores de diversas formas, tais como: ambiente de trabalho, relacionamento com chefia e colegas, remuneração, benefícios, capacitação e treinamentos, entre outras.

Este investimento pode ser em programas avançados que facilitem o trabalho burocrático ou atividades de motivação, autoestima, qualidade de vida e outros elementos da dimensão comportamental e humana das pessoas ou, na perspectiva de Aktouf (2013), uma dimensão da gestão humana de pessoas.

Para manter as corporações competitivas, algumas estratégias organizacionais se fazem necessárias, objetivando o aumento da produtividade e da qualidade do trabalho realizado por parte dos funcionários que compõem uma organização. Transformar os funcionários em potenciais produtivos, desenvolvendo-os e incentivando-os através da sua valorização e compreensão dos elementos que influenciam seus comportamentos e melhoria das condições de trabalho (DALLA VECHIA et al., 2015).

Outro objetivo discutido e evidenciado pelas participantes, como sendo necessário, foi de trabalhar fortemente o comprometimento através do estímulo à motivação e à satisfação das equipes, mediante a “promoção de maior envolvimento e participação dos profissionais nas ações que envolvem o serviço”. Além disso, promover melhores condições de trabalho, buscando redução da sobrecarga de trabalho através de um dimensionamento adequado de pessoal entre as áreas, por meio da aplicação das escalas de complexidade assistencial, já mensuradas nas unidades assistenciais e de modelos de contratação de profissionais horistas, conforme os depoimentos:

Estimular o comprometimento, porque melhorar tu não sabe se vai melhorar, porque aí estimular, tem várias formas de estimular, eu já vi desde móbile no refeitório, móbile no corredor de acesso dos funcionários, sabe? Coisas assim, “n” coisas que tu pode fazer pra estimular mas se ele vai se motivar com aquilo vai depender muito dele [...] fazer a pessoa entrar naquela energia (P7).

A motivação vai partir de cada um, mas acho que devemos estimular (P2).

O comprometimento vai ser uma consequência, a gente falou de estimular a participação porque compromete mais as pessoas, mas o princípio que a gente falou foi proporcionar a participação e o envolvimento, para as pessoas se comprometer mais (P3).

Acho que tu promove também a motivação e o comprometimento dando melhores condições de trabalho, adequar bem os recursos (P5).

Luongo et al. (2011) referem que a motivação deve estar presente no ambiente de trabalho, promovendo na equipe a satisfação pelo exercício das atividades e a busca pelo aumento da sua capacidade de produtividade. Para criar esse ambiente motivacional, é necessário manter a harmonia entre os membros da equipe, fazer com que exista vontade pessoal de cada colaborador em executar suas atividades e buscar alcançar metas.

Bergamin (2013) reforça que a motivação e o trabalho estão necessariamente ligados e a ausência dessa ligação não é “forçosamente grave para o indivíduo”. Ele pode estar trabalhando sem estar motivado. Em realidade, a “empresa é a mais ameaçada pela ausência de motivação no trabalho”. Ela tem metas quantitativas e qualitativas de produtividade, que serão prejudicadas por seus empregados desmotivados. A verdadeira motivação representa um desejo natural das pessoas que se engajam nas atividades de trabalho por amor a ele mesmo, usufruindo da satisfação intrínseca que ele pode oferecer.

As participantes concluíram a discussão desta perspectiva, definindo o último objetivo estratégico que é a “identificação e retenção de talentos” à medida que promove satisfação dos profissionais e aproveitamento dos recursos existentes e vem ao encontro da política institucional de crescimento interno, estando assim alinhado aos objetivos estratégicos institucionais, segundo os depoimentos:

Como a gente reconhece aquele funcionário nosso que é um talento? Como a gente vai reconhecer depois é outra questão, nem que seja com um quiquito...mas são coisas as vezes que não dependem só de dinheiro entendem? A própria política de crescimento interno (P1).

Isso é importante, a gente tem que ter uma forma de diferenciar, estes profissionais hoje valem ouro, porque não se tem mais isso (P4).

Korbes (2010) defende que na formação de uma equipe, conhecimento técnico é fundamental, bem como talento e experiência. Entretanto, a obtenção de resultados depende das pessoas, quando essas são participativas, envolvidas,

comprometidas, realizadas e felizes. Nesse sentido, o autor destaca ser fundamental a valorização dos talentos internos e a paciência, visto que, máquinas podem ser fabricadas em um curto espaço de tempo, mas a formação de pessoas pode levar décadas. Enfatiza também sobre a importância de ficar atento às potencialidades do time e acreditar na capacitação como diferencial competitivo e fator crítico de sucesso para os serviços de saúde. O autor reforça a ideia de Heleno Cabral que diz: “pessoas realizadas naquilo que fazem são insuperáveis em seu desempenho”.

Chiavenato (2005) também contribui quando pontua que hoje não é mais tão importante reter talentos na organização. Possuir talentos é apenas uma parte da questão. O mais importante é o que fazer para que estes talentos sejam aplicados de maneira rentável, ou seja, como aplicar esses talentos no sentido de obter elevados retornos desse precioso capital humano.

Na categoria **PERSPECTIVA DE PROCESSOS INTERNOS**, o grupo discutiu sobre a definição dos objetivos estratégicos, evidenciando-se que deveriam contemplar a “consolidação da metodologia de trabalho da enfermagem”, definindo um padrão para a assistência de enfermagem, através da formalização e divulgação ampla da teoria que embasa assistência e organização do método de trabalho através do processo de enfermagem. Esse aspecto também foi apontado pelo grupo na matriz *SWOT* como uma força, mas que precisa ser melhor desenvolvido, conforme os depoimentos:

Refinar o processo de enfermagem, ir melhorando, sabe? Estimulando as equipes cada vez mais com estudo. Por exemplo, a gente tá com o diagnóstico só do cabeçalho, né? Refinar é: vamos fazer relacionado a ... (P2).

Fazer um grupo de estudo, ou alguma coisa, porque se a gente quer ser reconhecido na comunidade, tipo eu, que trabalhei no Geral há 2, quase 3 anos atrás, e eles têm um grupo, claro que tem toda a questão da universidade, os professores e tudo, mas tem uma, tem muito mais do que a gente tá tendo aqui, eles têm isto implantado, é feito, diagnósticos, as intervenções blá, blá, blá, ponto (P8).

Nós podemos fazer muito mais, aliás nós precisamos fazer muito mais, a gente quis começar devagarinho, né? [...] se a gente colocasse consolidação da metodologia de trabalho e depois ali a gente vai desdobrando (P1).

Dias et al. (2011), no estudo sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no gerenciamento da qualidade em saúde, referem que no contexto do processo de trabalho do enfermeiro, a SAE desponta como uma

tecnologia metodológica capaz de proporcionar avanços na qualidade da assistência prestada, em que paciente e equipe de saúde se beneficiam mutuamente.

Os autores acima citados reforçam que apesar de todos os benefícios obtidos com a SAE, inúmeras barreiras se apresentam diante do processo de implementação dessa metodologia, considerando sua complexidade e dimensão.

Os obstáculos, mais frequentemente mencionados foram o número reduzido de profissionais de enfermagem, com conseqüente sobrecarga de trabalho, falta de capacitação da equipe, formação acadêmica inadequada, com desvinculação da teoria com a prática, resistência, por parte dos profissionais, diretamente relacionada ao desconhecimento sobre o tema, e baixo investimento das instituições em qualificação de recursos humanos (DIAS et al., 2011).

Zanardo et al. (2011) defendem que a SAE possibilita a gestão do processo de qualidade, pois as sequências das fases do processo de enfermagem integram as ações intelectuais da sistematização, visto que este é dinâmico, flexível, modificável e científico. A sistematização promove implicações para o cuidado, garantindo assim o atendimento com critérios padronizados, propondo uma assistência de qualidade, e oferece meios de avaliação fornecendo dados confiáveis.

“A integração da administração e da assistência” surgiu, nas discussões das participantes, como ponto chave para ampliar a participação e a visão da equipe para a gestão do serviço, para tanto o grupo entende propícia a próxima etapa de construção do planejamento estratégico do serviço referente à descrição de negócio das unidades e o refinamento dos indicadores de desempenho relacionados ao negócio, evidenciado em cada área, formalizar e divulgar, avaliar os resultados junto com a equipe. Os depoimentos a seguir esclarecem a definição deste objetivo:

Acho que nesta perspectiva falta alguma coisa referente aos indicadores, sabe? Mas acho que no desenvolver práticas e minimizar os riscos assistenciais, tu vai identificar através dos indicadores, né? (P4).

Mas não só isso, porque a gente tem outros indicadores, que estão ligados a nossa assistência, mas que são mais estratégicos, por exemplo bloco, eu tenho indicadores que tem a ver com o número de procedimentos, mesmo o tipo de convênios que eu estou atraindo pra atendimento envolve sim os pacientes que foram atendidos, mas que isso é muito mais estratégico financeiramente para a instituição, talvez até redefinir metas (P7).

Aí envolve a tua descrição de negócios, porque é isto, né? O objetivo poderia ser algo nesse sentido, pensando na integração da administração à prestação da assistência, daí fica um objetivo mas desdobrando, é isso, né? Descrever o negócio, definir a meta, elencar os indicadores, envolver a equipe (P1).

No que se refere à definição de indicadores e metas, Luongo et al. (2011) e Oliva e Borba (2004) expõem que o cumprimento das normas e a capacidade de tomada de decisão, nas diversas situações é um dos fatores de avaliação dos indicadores da qualidade. Na tomada de decisão, avalia-se cada situação e a melhor forma de conduzi-la, considerando sempre as necessidades e as prioridades. Assim, os indicadores de qualidade nas instituições de saúde avaliarão todo o serviço prestado pela equipe de enfermagem e pelos membros da equipe multidisciplinar. Para o nível hierárquico operacional, a maior contribuição dos indicadores de desempenho está na ajuda ao aperfeiçoamento dos processos operacionais, visando aumentar a eficiência desses processos e sinalizando as mudanças necessárias para sustentar a estratégia do negócio.

Na perspectiva de integrar a administração e a assistência, Oliva e Borba (2004) afirmam que para implementar uma estratégia de negócio com sucesso, é necessário que uma empresa consiga equilibrar três fatores: estratégia discutida e divulgada, sistema de gestão coerente e sistema de administração de desempenho adequado. Vantagens competitivas significativas podem surgir quando as organizações conseguem integrar esses fatores, pois o foco principal é a estratégia do negócio. Dessa forma, dissociar os aspectos técnicos assistenciais dos aspectos administrativos, contribuirá para perder o foco da estratégia principal do negócio.

As participantes analisaram os processos internos, constatando a necessidade de “definir, refinar e implantar Procedimentos Operacionais Padrão (POP’s) e protocolos clínicos por área”, relacionados ao perfil epidemiológico de cada unidade, garantindo a uniformização de condutas e conformidade de processos. Entenderam que os times de ensino podem desenvolver esta ação, que é ampla e específica em cada área. Os depoimentos abaixo esclarecem esta discussão:

Se a gente pensasse bem na nossa área, implantar e refinar POP’s e protocolos, garantindo a segurança e conformidade dos processos, citar POP’s, porque é uma realidade nossa (P3).

Eu acho que nós já temos eles, mas a gente precisa colocar mais em prática, divulgar (P4).

Acho que a gente precisa implantar porque alguns a gente não tem, e refinar muitos do que a gente já tem, então acho que é exatamente as duas palavras, implantar e refinar, como o institucional de dor, a gente ainda não tem, tem que fazer, o de sepse, por exemplo, a gente já tem mas precisa refinar (P3).

Luongo et al. (2011) citam que a avaliação da qualidade exige a definição de padrão de qualidade para o estabelecimento de um parâmetro a ser comparado. O estabelecimento de um padrão deve considerar o objetivo e as possibilidades de aplicar ações para atingi-lo com sucesso. Por isso, é importante esclarecer qual o padrão a ser seguido e o que se espera dele, determinando elementos para a execução das atividades, o controle e a avaliação das etapas propostas, a previsão de resultados parciais ao final do cumprimento de cada etapa, assim como o resultado final. O padrão não se limita ao resultado, mas envolve a execução eficiente de um processo que leva ao resultado.

Partindo da definição da missão, as participantes também pontuaram a prestação de uma assistência de enfermagem segura, onde houve a concordância no “desenvolvimento de práticas para minimizar riscos assistenciais e de processo”. O grupo evidenciou a necessidade de mapear os riscos de cada unidade de trabalho, associando barreiras e protocolos para minimizar estes riscos. Entenderam como importante definir indicadores de gerenciamento de riscos em todas as unidades de trabalho. Além de trabalhar forte, internamente com a equipe, a cultura de segurança na assistência, segundo os depoimentos:

Eu acho que a gente poderia colocar alguma coisa de garantir a segurança e os processos alinhados, né? Que é reforçar isso tudo nas equipes, né? (P2).

A gente tá muito preso na segurança, né? Mas não é só isto, a gente tá falando de buscar mais assim, a segurança é básica tem que garantir, eu acho bem pertinente a gente colocar, porque realmente é algo para a gente ir buscar sempre (P7).

Avaliando o objetivo estratégico institucional de desenvolver práticas para minimizar a sinistralidade, que não é o nosso caso aqui, mas me veio a questão de riscos aqui, desenvolver práticas para minimizar os riscos, que acho que é nosso e está muito relacionado a processos, né? (P3).

Desenvolver práticas para minimizar riscos assistenciais, poderia ser assim, tu garante porque tu identifica risco e implanta medida de segurança e trabalha ações como protocolos por exemplo (P2).

Nesse aspecto, Vargas e Luz (2010), no estudo sobre as práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar, explicam que é preciso pensar sobre isso, estimam que bem mais de 50% das atuais ações propostas para efetivação de práticas seguras passa pelo cuidar em enfermagem. As autoras citam que estudos publicados ou apresentados em eventos científicos, evidenciam que a elaboração e a aplicação de protocolos do cuidado ou assistenciais impactam sobre a segurança e a

qualidade do cuidado, atrelados, entre outros aspectos, à aceleração da recuperação, à redução de uma ou mais complicações, falhas e eventos adversos, à redução do tempo de internação e do custo hospitalar, à organização da equipe de trabalho e à satisfação dos pacientes e familiares.

Seguindo as discussões, na perspectiva de processos internos, as participantes debateram sobre uma fraqueza identificada na matriz *SWOT*, que foi a interação entre as áreas. Concluiu-se definir como objetivo estratégico para trabalhar, de forma mais direta, esta fragilidade, o “fortalecimento da interface entre as áreas” melhorando a agilidade e resolutividade dos processos que se interagem. Os depoimentos abaixo traduzem esta definição:

[...] o que vocês acham de integrar áreas de apoio? Porque a gente poderia ter uma ação, um objetivo específico nisso, porque este é um ponto bem frágil nosso (P1).

Essa é uma das maiores fragilidades que a gente tem (P7).

Acho que vai além de integração, acho que é interação [...] me parece ainda uma palavra pobre, não é esta a palavra, mas tipo interligações (P3).

A interface enfermagem e área de apoio, fortalecer, alguma palavra que deixe explícito a interação com a enfermagem, e não quer dizer que não tenha interação, tem mas ... (P7).

Berry e Seltman (2010) defendem que um ambiente de trabalho deve ser sem fronteiras e isto consiste no incentivo cultural, para que os empregados saiam dos nichos em que atuam e se relacionem com pessoas de outras partes da organização, cuja *expertise* pode agregar valor à resolução do problema em pauta. A ausência de fronteiras significa remover os muros dos departamentos, para que o talento e o conhecimento possam convergir para onde for necessário. Apontam que é uma oportunidade a uma união de forças, que vise à solução de problemas e ofereça um ensino trans-fronteiras entre as equipes.

Vale et al. (2014) defendem que é preciso mobilizar, permanentemente, práticas multiprofissionais e interdisciplinares, para ampliar o acolhimento assistencial das pessoas em sua diversidade subjetiva e cultural e a resolutividade dos problemas de saúde, individuais ou coletivos, fazendo com que haja uma articulação de saberes e responsabilidades em prol da assistência.

A visão sistêmica organizacional dá ênfase ao fato de que o resultado de um departamento depende de outros e vice-versa, mostrando a importância da integração

setorial, multiprofissional e interdisciplinar. Os princípios da interdependência, inter-relação e complementaridade passam a ter maior consideração entre os gestores de unidades e departamentos diferentes (MALAGUTTI; CAETANO, 2010).

Finalizando as discussões na perspectiva de processos internos, a “garantia da comunicação efetiva” foi entendida pelo grupo como estratégica à medida que promove conhecimento e alinhamento das estratégias internas da empresa e de seus departamentos. Além disso, proporciona segurança e confiança dos clientes ao passo que transmite organização e conhecimento. As participantes definiram, devido à comunicação estar inserida em todos os objetivos já discutidos anteriormente, evidenciá-la como objetivo no mapa estratégico do serviço e direcionar ações e condutas para garantir uma comunicação efetiva. Os depoimentos a seguir esclarecem esta afirmativa:

Porque eu entendo que comunicação tá dentro de implantar e refinar POP, tá dentro das práticas seguras, tá dentro de tudo a comunicação, né? (P2).

Mas a gente falou bastante de comunicação, acho que um item específico é importante para a gente ressaltar a importância da comunicação (P7).

Nós temos que assegurar a comunicação efetiva entre áreas e na própria área, né? Um processo seguro é um processo que envolve muita comunicação e acompanhamento (P2).

Na verdade é garantir a comunicação efetiva, já tem um POP construído, precisa ser aprovado [...] e a gente só vai ter que fazer com que ele funcione (P7).

Para contribuir com as afirmativas das participantes, Vale et al. (2011) informa que no mundo contemporâneo, a competência para se comunicar com excelência se torna, cada vez mais um desafio. A gerência contemporânea tem na comunicação o seu pilar central. Gerir é comunicar, negociar, problematizar coletivamente.

Santos et al. (2016) afirmam que a comunicação interna facilita o diálogo entre empresa e funcionários. Oferece possibilidades de estimular a troca de informações entre todos os níveis da pirâmide organizacional, na busca da qualidade das relações humanas. Com o intuito de despertar o público interno para um nível maior de informação sobre tudo que acontece na organização, a comunicação interna é composta por instrumentos e ações, transformando canais oficiais. É importante atentar para o fato de que tudo que é criado em termos de comunicação interna está interligado com processos de mudança ou com a situação atual de uma organização.

Existe uma gama de instrumentos e ações de comunicação interna que podem ser criados para garantir a excelência nas relações entre funcionários e empresa.

Na categoria **PERSPECTIVA DE CLIENTE**, o grupo evidenciou que os objetivos estratégicos dessa perspectiva são praticamente a consequência do desdobramento da realização e eficácia dos outros objetivos já definidos nas perspectivas de aprendizado e crescimento e processos internos. Diante da análise do mapa estratégico institucional, os objetivos estratégicos dessa perspectiva ficaram bem alinhados aos institucionais. Os depoimentos abaixo traduzem este alinhamento:

Alinhando ao objetivo estratégico da instituição, poderia manter fortalecer a marca como referência em qualidade, segurança e eficácia, enquanto enfermagem, que também está vinculado à missão e visão que construímos para o serviço (P3).

Linkado ali no alinhamento do nosso mapa institucional, ali fala de fortalecer a marca, né? Nós pensamos em fortalecer a imagem do serviço como referência (P1).

Será que alguma coisa de confiança não seria importante? [...] veio muito forte esta questão de, a palavra confiança, porque como é importante o cliente confiar no nosso trabalho, né? Como fica mais fácil de conduzir (P3).

Concluíram que um dos objetivos estratégicos nesta perspectiva é o “fortalecimento da imagem e confiança do serviço”. O grupo entendeu que a enfermagem pode conquistar a confiança do cliente no serviço e fortalecer a imagem deste e da instituição porque está mais próxima a ele e desempenha o atendimento direto de forma contínua e constante. Apontaram que através de clientes satisfeitos e confiantes ocorre, conseqüentemente, o fortalecimento da marca da instituição.

Para Luongo e al. (2011), por meio da confiança, o cliente sente-se seguro diante do profissional que lhe proporciona a compreensão do processo saúde-doença vivido naquele momento. Apontam que o sucesso da empresa está diretamente ligado ao cliente, o colaborador comprometido e responsável por atingir os objetivos da instituição deve assumir um compromisso com o cliente, baseando-se no respeito aos seus direitos, na possibilidade de oferecer um serviço de qualidade e na observância dos preceitos éticos da profissão.

Seguindo as discussões, as participantes definiram como um segundo objetivo estratégico na perspectiva de clientes, o “fortalecimento do relacionamento com os clientes internos e externos”, e os depoimentos abaixo evidenciam esta definição:

Fortalecer o relacionamento com o cliente interno, com o médico, o fornecedor de material especial. Nossa, o fortalecimento do relacionamento passa por tanta coisa, né? (P4).

Cliente interno e externo, eu acho que são os dois (P2).

Aqui entra médico, família, funcionário, fornecedor, tudo (P1).

Segundo Luongo et al. (2011), percebe-se que a maioria dos clientes está interessada na melhor qualidade porque sabe que é por meio dela que terá maiores benefícios, pela excelência nos recursos adequados e no melhor custo. É preciso trabalhar com o cliente para se atingir a excelência na qualidade geral. Por isso, é necessário saber reconhecer prontamente as barreiras que possam influenciar negativamente a qualidade. Essas barreiras serão vencidas com bom relacionamento interpessoal, respeito, confiança, empatia e conhecimento técnico e científico da equipe, agindo o mais precocemente possível para satisfazer às necessidades dos clientes.

Ainda nessa perspectiva, os autores citados acima referem que a qualidade é um projeto orientado pelo cliente, o que justifica a necessidade dessa integração entre a equipe da instituição e a clientela, para que esta demonstre suas expectativas e níveis de satisfação com o serviço executado. Os clientes externos determinam a sobrevivência da instituição. Os clientes internos, que são os colaboradores, determinam, por sua vez, o ritmo do desenvolvimento de estratégias utilizadas para a excelência da qualidade. Se a integração do cliente interno e externo for fraca, a qualidade do serviço prestado estará comprometida.

Lee (2009) defende que o principal cliente de um hospital é o médico. Em termos técnicos, os hospitais não têm pacientes, os médicos sim. Os hospitais existem para tratar dos pacientes dos médicos. Nessa linha, o autor também cita os funcionários que também compartilham muitas características com os clientes. Assim como os médicos e pacientes, eles podem sair do hospital e levar seus conhecimentos para outro local. Podem ficar satisfeitos ou insatisfeitos. Em última análise, sua fidelidade também é crítica para o êxito do hospital.

A “fidelização da carteira de clientes” também foi definida como objetivo estratégico na perspectiva de clientes, porém o grupo apresentou dúvidas em manter este objetivo na perspectiva de cliente ou de sustentabilidade, entretanto através de

discussões e análise de referenciais teóricos concluíram que se aplicaria melhor na perspectiva de clientes como fica evidenciado nos depoimentos abaixo:

É um efeito cascata, né? Mas falar em fidelizar cliente, ele tá em cliente, a sustentabilidade vai ser um efeito cascata [...] eu acho que é cliente mesmo (P3).

Porque daí tu fideliza, daí claro, a consequência vai ser lá na financeira, mas é uma consequência, então vejo este objetivo na perspectiva de cliente (P1).

Luongo et al. (2011) apontam que o objetivo a ser alcançado para resultar na qualidade é atender às expectativas e necessidades dos clientes externos, constituindo este o foco para a gestão de qualidade. Com isso, é possível conseguir a fidelidade do cliente, conquistando-o com as possibilidades, facilidades e qualidades do serviço oferecido, elevando a instituição a um estado diferenciado de comprometimento com a qualidade, superando as expectativas da clientela e vencendo a competitividade do mercado.

O grupo discutiu muito sobre os objetivos definidos para esta perspectiva e concluiu que eles serão alcançados mediante a base das outras perspectivas estarem atingidas. Concluiu-se, também, que a qualificação do serviço, pautada em segurança, organização e método de trabalho, além do acolhimento e humanização no atendimento prestado por profissionais que tenham motivação e qualidade de vida no trabalho são pilares que promovem o serviço junto ao cliente.

Na categoria **PERSPECTIVA DE SUSTENTABILIDADE**, as participantes concluíram que reflete o desdobramento de todas as anteriores, ao passo que trata de objetivos estratégicos relacionados ao resultado de todo o processo. O depoimento abaixo reflete esta afirmativa:

Eu acho que quase tudo que a gente colocou antes tem a ver com parte financeira, quando a gente fala da relação com o cliente, ou melhor na minha relação com o médico, ele vai trazer mais pacientes pra cá, se eu estou melhor na relação com a empresa de OPME (órteses, próteses e material médico) eu consigo negociações melhores, se eu estou me comunicando melhor com a área eu evito o desperdícios, né? (P7).

Entretanto, entendem que há ações diretas a serem realizadas pela enfermagem, a fim de “racionalizar custos”, associando o comprometimento na contenção de desperdícios, na redução de perdas e glosas através da realização de boas práticas da equipe e registro adequado e seguro da prestação da assistência,

desta forma esses elementos estariam associados à “sustentabilidade”, conforme os depoimentos:

Entra a parte operacional nossa, de como fazer, por exemplo um curativo pequeno, eu não vou abrir dois pacotes de gaze, é um exemplo mais ridículo do mundo mas é verdade, né? Eu saber o que vai ser, é utilizar sabendo...mas aí não adianta nada abrir só um pacote de gaze e não lançar o curativo, né? Faz certo e não lança (P7).

Também usar os recursos com consciência, não jogar fora, não desperdiçar, trabalhar as equipes para cuidar disso (P6).

Segundo Oliva e Borba (2004), como os recursos são escassos, tanto o poder público quanto a iniciativa privada em saúde, buscam a racionalização através da procura sistemática de formas eficientes de produção de serviços e da eliminação de consumos desnecessários e a seleção de bens e serviços de maior utilidade para a sociedade, principalmente para a sua clientela específica. O objetivo da racionalização é diminuir custos sem impactos negativos nos níveis de saúde e aumentar a eficiência sem prejuízo da eficácia e da efetividade das ações desenvolvidas.

Ainda nessa perspectiva Vale et al. (2011) mencionam que os enfermeiros têm participado do planejamento orçamentário, bem como acompanhado a sua execução, pela análise contínua dos valores orçados e dos valores ocorridos. A participação dos enfermeiros nas auditorias contábeis internas em alguns hospitais tem a finalidade de minimizar as perdas de seu faturamento. As atividades realizadas são de pré-análise das contas, apontando o grupo contábil que está gerando perdas e promovendo medidas para a sua correção. Em decorrência da atuação ininterrupta na assistência e por conhecer as necessidades e características dos pacientes e dos recursos para o seu atendimento, os enfermeiros constituem-se profissionais importantes no controle e na análise de custos das unidades.

A “implantação de novos recursos com menores custos”, mantendo a qualidade também foi evidenciada como outro aspecto a ser contemplado nesta categoria. Dessa forma as participantes expressaram que se trata de uma estratégia importante para alcançar a sustentabilidade, porque tem forte participação e envolvimento da enfermagem, de forma que utiliza amplamente estes recursos e que tem o conhecimento teórico e prático sobre eles. Além disso, vários representantes da enfermagem, atualmente, fazem parte da comissão de padronização de materiais do hospital, que tem a autonomia de padronizar novos materiais a partir de uma

análise de custo/benefício. Os depoimentos abaixo relacionam evidências desta definição:

Favorecer a busca e a implantação de novos recursos parece que tá lá em aprendizado e crescimento, a gente tem que linkar alguma coisa em relação a [...] de novos recursos com menor custos (P1).

Só acho que tem que manter algo tipo, mantendo a qualidade, né? Não só redução custos (P3).

Não sei se entra pra enfermagem, que hoje a gente já faz um trabalho, mas que tem um envolvimento muito grande da enfermagem, dependendo muito, bastante da enfermagem, a questão de ir em busca de novas marcas, novos produtos, novos insumos, novas tecnologias, né? Pra instituição, porque isso parte muito da gente muitas vezes. Fui num congresso, vi tal coisa, sempre tá buscando (P7).

Além disso, tudo passa pela enfermagem, ou uma grande parte. Também temos acesso à comissão de padronização (P2).

Oliva e Borba (2004) referem que os avanços tecnológicos tendem a aumentar os custos da medicina de forma direta, pela sua incorporação com novas rotinas assistenciais ou indiretamente através dos repasses de custos das pesquisas e do desenvolvimento tecnológico. A tecnologia torna-se inestimável, mas o seu acesso é restrito pelo fator financeiro. Dessa forma, a proposta das participantes em envolver a enfermagem na busca por tecnologias (principalmente relacionadas aos materiais diretamente utilizados na assistência), viáveis financeiramente e que garantam a qualidade do processo assistencial, é uma preocupação que deve realmente ser tratada na gestão dos serviços, a fim de não inviabilizar a estrutura do negócio que terá de driblar a oferta irrestrita às novas e modernas tecnologias.

A “busca por melhores resultados operacionais das unidades de negócio” foi o último objetivo estratégico definido para esta perspectiva, o grupo entende que para o atingimento deste objetivo será imprescindível que ocorra uma adequada gestão de processos e de pessoas, conforme já proposto e descrito nas demais perspectivas do mapa estratégico do serviço.

Oliva e Borba (2004) defendem que o planejamento estratégico não deve ser utilizado de forma isolada, mas ser um marco desencadeador de um processo integrado de administração de mudanças. Esse processo de mudanças deve se estabelecer com adoção de uma série de ações que se interligam, incluindo a utilização de ferramentas de qualidade, controles de variabilidade, melhorias de processos, incorporação de pessoas e desenvolvimento de talentos. O novo modelo

de gestão para os hospitais nasce do processo estratégico de planejamento e definição de objetivos alinhados à estratégia institucional e deve ter suas propostas, seus conceitos e seus valores divulgados e enraizados nos vários setores do sistema de saúde e da organização hospitalar.

5.4 DESCRIÇÃO DE NEGÓCIO DAS UNIDADES

A descrição de negócios das áreas foi realizada a partir da definição das unidades de negócio que seriam descritas. O grupo concordou em descrever o negócio das seguintes áreas:

- a) unidades de internação adulto e materno infantil, entendendo que o negócio nas unidades envolvendo internação adulto, materno e pediátrica é similar;
- b) bloco cirúrgico;
- c) centro obstétrico, pela particularidade em atender o ambulatorial dentro da estrutura;
- d) UTI's adulto, neonatal e pediátrica, também entendidas como o mesmo negócio;
- e) emergência;
- f) setor de diagnósticos por imagem.

A partir disso, as participantes dividiram-se em subgrupos para realizar a discussão do negócio das unidades em questão, os subgrupos foram definidos pelos representantes das áreas a serem descritas. Conforme referencial proposto, foi utilizada a descrição de negócios segundo o modelo de Falconi (2004), que incluiu a identificação dos clientes, fornecedores, insumos e produtos, definição do negócio, missão, equipamentos e equipe envolvida. Diante desse levantamento, analisando o negócio de cada área, definiu-se pelos indicadores que melhor traduzissem a gestão do negócio, conforme Quadro 10.

Quadro 10 - Unidades de significação da descrição de negócios das áreas assistenciais

(continua)

DESCRIÇÃO DE NEGÓCIO DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO ADULTO E MATERNO-INFANTIL	
CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

Negócio	Assistência segura/alta hospitalar.
Missão	Proporcionar aos clientes uma assistência segura, humana, integral e atualizada, primando pela excelência e sustentabilidade do serviço.
Pessoas	Equipe multidisciplinar (Médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, psicólogo, administrativo, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogo.
Equipamentos	Bombas de infusão Monitor de sinais vitais
Fornecedores	Suprimentos (farmácia, almoxarifado) Lavanderia Higienização Central de Materiais Esterilizados Diagnóstico por imagem e laboratório Agência Transfusional Manutenção predial e engenharia clínica Nutrição
Insumos	Materiais/Medicamentos Rouparia Limpeza geral Material esterilizado Exames Hemocomponentes Estrutura predial adequada e equipamentos Dieta
Produtos	Assistência segura Prontuário completo Atendimento humanizado
Clientes	Pacientes Médicos Familiares
Indicadores	Taxa de ocupação Média de permanência Perfil epidemiológico Índice de infecção hospitalar Índice de chamados de intercorrência Índice de PCR Gerenciamento de riscos
DESCRIÇÃO DE NEGÓCIO DO BLOCO CIRÚRGICO	
CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
Negócio	Assegurar a realização de procedimentos cirúrgicos seguros.
Missão	Proporcionar aos clientes uma assistência segura, humana, integral e atualizada, primando pela excelência e sustentabilidade do serviço.

Pessoas	Equipe multidisciplinar (Médico cirurgião, médico anesthesiologista, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, técnicos de enfermagem, administrativo).
Equipamentos	Mesa cirúrgica Eletrocautérios Torres de vídeo Carros anestésicos Intensificador
Fornecedores	Manutenção predial e engenharia clínica Suprimentos (farmácia, almoxarifado e compras) Lavanderia Higienização Diagnóstico por imagem e laboratório Agência Transfusional Central de Materiais Esterilizados Nutrição
Insumos	Equipamentos médico hospitalares OPME's, materiais/medicamentos Enxoval/rouparia Estrutura higienizada Exames de imagem e exames de análises clínicas Hemocomponentes Material esterilizado Dietas
Produtos	Procedimento cirúrgico realizado Prontuário Recuperação pós anestésica
Clientes	Pacientes internos e externos Familiares Médicos Convênios Laboratório de patologia
Indicadores	Taxa de infecção sítio cirúrgico Nº de procedimentos cirúrgicos Taxa de ocupação das salas cirúrgicas Taxa de acréscimos de cirurgias Taxa de suspensão de cirurgias Faturamento dos convênios e particular Gerenciamento de riscos
DESCRIÇÃO DE NEGÓCIO DO CENTRO OBSTÉTRICO	
CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
Negócio	Parto seguro e diagnóstico correto no menor tempo possível.
Missão	Proporcionar aos clientes uma assistência segura, humana, integral e atualizada, primando pela excelência e sustentabilidade do serviço.
Pessoas	Equipe multidisciplinar (médico cirurgião, anesthesiologista, enfermeiro, farmacêutico, psicólogo, técnico de enfermagem).

Equipamentos	Mesa cirúrgica Eletrocautérios MAP Berços aquecidos Incubadoras Carros anestésicos
Fornecedores	Manutenção predial e engenharia clínica Suprimentos (farmácia, almoxarifado e compras) Lavanderia Higienização Diagnóstico por imagem e laboratório Agência Transfusional Central de Materiais Esterilizados Nutrição
Insumos	Equipamentos médico hospitalares Materiais/medicamentos Enxoval/rouparia Estrutura higienizada Exames de imagem e exames de análises clínicas Hemocomponentes Material esterilizado Dietas
Produtos	Assistência segura Prontuário completo Atendimento humanizado
Clientes	Pacientes Famíliares Médicos
Indicadores	Número de partos Número de atendimentos Número de partos de urgência Número de partos e atendimentos por convênio Taxa de parto natural e cesariana Número de partos em primíparas Índice de parto natural com episiotomia Número de partos com acompanhantes Taxa de procedimentos atrasados Taxa de reconsulta em menos de 72 horas Adesão ao protocolo de Strepto Índices de infecção Gerenciamento de riscos
DESCRIÇÃO DE NEGÓCIO DA EMERGÊNCIA	
CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
Negócio	Diagnóstico correto no menor tempo possível.
Missão	Proporcionar aos clientes uma assistência segura, humana, integral e atualizada, primando pela excelência e sustentabilidade do serviço.

Pessoas	Equipe multidisciplinar (enfermeiro, médico, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, técnico de enfermagem, administrativo).
Equipamentos	Carro de parada Desfibrilador Monitores Bomba de infusão
Fornecedores	Suprimentos (farmácia, almoxarifado) Lavanderia Higienização Central de Materiais Esterilizados Diagnóstico por imagem e laboratório Agência Transfusional Manutenção predial e engenharia clínica Nutrição
Insumos	Materiais/medicamentos Rouparia Limpeza geral Material esterilizado Exames Hemocomponentes Estrutura predial adequada, equipamentos Dietas
Produtos	Assistência segura Prontuário completo Atendimento humanizado
Clientes	Pacientes Famíliares Médicos Empresas
Indicadores	Número de atendimento geral Número de atendimentos por especialidade Taxa de reconsulta abaixo de 72 horas Tempo de observação Tempo de espera para atendimento Índice de reclassificação de risco Gerenciamento de riscos
DESCRIÇÃO DE NEGÓCIO DAS UTI'S ADULTO, NEONATAL E PEDIÁTRICA	
CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
Negócio	Estabilização e alta do paciente crítico
Missão	Proporcionar aos clientes uma assistência segura, humana, integral e atualizada, primando pela excelência e sustentabilidade do serviço.

Pessoas	Equipe multidisciplinar (enfermeiro, médico, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, técnico de enfermagem e administrativo).
Equipamentos	Central monitoração Cardioversor Respiradores Bombas de infusão Equipamento de hemodiálise
Fornecedores	Suprimentos (farmácia, almoxarifado) Lavanderia Higienização Central de Materiais Esterilizados Diagnóstico por imagem e laboratório Agência Transfusional Manutenção predial e engenharia clínica Nutrição
Insumos	Materiais/medicamentos Rouparia Limpeza e desinfecções Material esterilizado Exames Hemocomponentes Estrutura predial adequada, equipamentos Dieta
Produtos	Assistência segura Prontuário completo Atendimento humanizado
Clientes	Pacientes Famíliares Médicos
Indicadores	Taxa ocupação Média permanência Perfil epidemiológico Índice de infecção hospitalar Reinternação abaixo de 48 horas Média de permanência em ventilação mecânica/Desfecho protocolo Desmame ventilatório Incidência óbito/SMR Gerenciamento de risco
DESCRIÇÃO DE NEGÓCIO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	
CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
Negócio	Realizar exames confiáveis, precisos e em tempo hábil.
Missão	Proporcionar aos clientes uma assistência segura, humana, integral e atualizada, primando pela excelência e sustentabilidade do serviço.

Pessoas	Equipe multidisciplinar (enfermeiro, médico, farmacêutico, psicólogo, técnicos de radiologia, físico, técnico de enfermagem).
Equipamentos	Tomografia Ressonância magnética Ecógrafos Raio X digital
Fornecedores	Manutenção e engenharia clínica Suprimentos Tecnologia da informação Lavanderia Higienização Nutrição Teleradiologia SESMT
Insumos	Estrutura física e tecnológica funcionante e adequada Materiais/medicamentos Sistemas e impressoras Rouparia Limpeza geral Lanches Laudos EPIs e dosímetros
Produtos	Exames radiológicos Exames cardiológicos Ecografias Biópsias
Clientes	Pacientes externos Pacientes internos Unidades assistenciais Médicos Clínicas Laboratório de patologia
Indicadores	Nº exames realizados Nº exames convênios externos e particulares Nº laudos retificados Tempo de entrega exames de urgência Gerenciamento de riscos Reações alérgicas ao uso de contraste Exames invasivos ou com anestesia cancelados

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

As participantes, primeiramente, definiram o negócio da unidade, levando em consideração o objetivo principal da área, após concordaram em manter uma missão única para todas as unidades, considerando manter a missão do serviço de enfermagem, excluindo a assistência de enfermagem e mantendo assistência, já que a unidade trata de uma assistência única contemplada pela atuação de todos os profissionais. Os depoimentos abaixo descritos evidenciam esta definição:

“O negócio é entender como negócio a prestação de serviço da unidade”.
(P1)

A missão é a razão da existência do negócio para os clientes, deve possibilitar compreensão dos seus objetivos e das responsabilidades (P1).

Mas daí a gente vai fazer outra missão? (P3).

Vamos fazer uma missão única para todos [...] porque senão vai ficar repetitiva (P2).

Diferencia o negócio e mantém a missão geral (P7).

O que eu pensei, vamos discutir aqui: acho que a gente pode colocar a nossa missão geral para todos os negócios, aí só retiramos a palavra enfermagem, porque envolve toda a equipe (P1).

Korbes (2010) explica que definir o negócio é explicitar o âmbito de atuação da empresa ou serviço. Na definição do negócio, o autor chama atenção para a importância social do empreendimento ou serviço sob a ótica das necessidades do ambiente no qual está inserido. Para Oliva e Borba (2004), o negócio é o entendimento do principal benefício esperado pelo cliente; já a missão é a razão de existir da empresa em seu negócio. Falconi (2004) alerta que todo negócio faz alguma coisa para alguém, esta deve ser a missão do negócio.

O grupo também identificou dentro de cada descrição de negócio, as pessoas que o envolvem e os seus principais equipamentos. As participantes consideraram que as pessoas do negócio descrito são representadas pela equipe multiprofissional. Na definição dos equipamentos, consideraram o levantamento dos principais e mais críticos das unidades, conforme depoimentos abaixo:

Nas pessoas a gente pode colocar toda a equipe multi, né? Porque a equipe multiprofissional vai produzir o produto (P2).

E nos equipamentos, vamos colocar só os principais, os mais críticos, tem um monte de coisas, mas podemos definir os principais (P3).

Sim, porque é uma infinidade de coisas e pessoas (P1).

O sucesso e a continuidade de uma empresa, seja ela do ramo de saúde ou não, depende de seu desempenho que pode ser definido como o modo que uma empresa alcança os seus objetivos pretendidos. Alcançar objetivos pretendidos requer gestão dos recursos, envolvendo todos os participantes do negócio da empresa, agindo individualmente na mesma direção que a empresa, por meio de suas atividades, contribuindo para os objetivos do negócio (OLIVA; BORBA, 2004).

Falconi (2004) afirma que um gestor de negócio, precisa exercer sua autoridade sobre os meios (pessoas, equipamentos, etc.) de tal maneira que possa assumir a responsabilidade pelos resultados (na busca de manter ou melhorar os resultados).

O levantamento de clientes gerou discussões acerca do entendimento e identificação de para quem ou para que área os produtos são gerados. Os depoimentos a seguir esclarecem esta evidência:

Nós não vamos falar de cliente interno, vamos trabalhar só com cliente externo é isso? Ou interno também (P2).

Temos que pensar para quem estamos gerando os produtos, então acho que externo somente (P1).

Falconi (2004) esclarece que os clientes devem ser definidos a partir da análise do produto. O gestor do negócio precisa identificar os clientes internos e externos que envolvem o negócio, a partir da análise dos produtos e suas necessidades (qualidade, custos, entrega).

Estabeleceu-se como critério, entre as participantes, que os principais fornecedores e insumos das unidades seriam principalmente as áreas de apoio que forneceriam materiais ou serviços para a viabilização dos produtos que seriam gerados no negócio. Entretanto, identificaram que existe uma cadeia complexa entre as áreas tornando um fornecedor ora assim, ora cliente. A identificação dos produtos passou por discussões com o propósito de não serem confundidos com o negócio da unidade, ou seja, os produtos irão dar as condições básicas e essenciais para a garantia do negócio, assim nas áreas assistenciais, os produtos foram definidos como assistência segura, prontuário adequado e completo e atendimento humanizado. Na área de diagnósticos por imagem as participantes representantes da área entenderam que o produto seria os exames que garantirão o negócio, que no caso é a realização de exames de forma confiável e precisa em tempo adequado. Os depoimentos das participantes evidenciaram estas definições:

Nos fornecedores vamos colocar as principais áreas de apoio e aquilo que fornecem (P6).

Sim, aquilo que é importante, para lá no final, o negócio gerar o produto (P3).

É só um produto principal? Ou podemos ter mais de um produto? (P2).

Não precisa ser só um produto, podemos ter mais, podemos entender como assistência, prontuário, humanização? (P1).

Falconi (2004) refere que os produtos gerados pelo negócio, devem ter mensurados a sua qualidade, segurança. Deve-se começar pelos produtos prioritários, definindo itens de controle referentes às necessidades dos clientes.

A partir das discussões e da construção da estrutura de negócio da unidade, os subgrupos discutiram e identificaram os indicadores principais que estão vinculados ao processo do negócio e que melhor retratam a gestão deste. Alguns indicadores já existiam e já eram mensurados e outros foram incluídos a partir da visão do negócio.

Conforme Oliva e Borba (2004), os indicadores de desempenho devem propiciar a mensuração, análise e aperfeiçoamento dos resultados do negócio da empresa, permitindo que os administradores possam alinhar a estratégia e os objetivos ao desempenho global do negócio. Com essa amplitude os indicadores de desempenho não podem contemplar apenas o desempenho interno. Medidas de desempenho externo também devem merecer a atenção dos gestores.

5.5 CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

O desenvolvimento do plano de ação contou com a ferramenta 5W2H, que possibilita evidenciar a ação que precisa ser feita, porque precisa ser feita, como fazer, onde fazer, identifica responsáveis, prazos e custos envolvidos. Esta etapa foi uma exaustiva análise das discussões e definições anteriormente evidenciadas e concluiu o trabalho para a execução concreta de ações que traduzam o planejamento estratégico (PE) do serviço de enfermagem, alinhado ao PE institucional.

O grupo foi motivado pela pesquisadora para o desafio de pensar em ideias inovadoras e criativas, considerando o cenário real e atual, contudo avaliando possibilidades para quebrar alguns paradigmas na geração de ações para trabalhar as oportunidades de melhorias identificadas durante a execução do trabalho.

A pesquisadora reforçou, junto às participantes, que na elaboração do plano de ação, seria importante considerar a nova filosofia de trabalho, que foi de promover o envolvimento dos profissionais na gestão do serviço e nos objetivos estratégicos, apostando em maior comprometimento e responsabilização das equipes com os

resultados das ações propostas. Para tanto, o grupo partiu para as discussões e elaboração das ações, mediante a análise de cada objetivo estratégico apontado no mapa estratégico do serviço de enfermagem. As categorias foram definidas a partir da análise das ações propostas que constituíram-se nas unidades de significação e compuseram o plano de ação, sendo desenvolvidas por macroprocessos que contemplam um bloco de ações propostas agrupadas, conforme Quadro 11.

Quadro 11 - Unidades de significação do plano de ação do PE do Serviço de Enfermagem
(continua)

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer líderes de equipe com foco em desenvolvimento e capacitação (gestão de pessoas e processos internos); - Integrar e fortalecer os times de ensino das diferentes áreas, definindo meta de treinamento por área; - Reestruturar programa de integração para funcionários novos, abrangendo aspectos gerais da instituição, aspectos específicos do serviço de enfermagem e das diferentes áreas de trabalho; - Identificar talentos entre as equipes, nas áreas assistenciais, para atuar como multiplicadores do conhecimento para funcionários novos.
SATISFAÇÃO / CLIMA INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Estruturar programa de humanização com foco no paciente e no funcionário; - Promover a comunicação interna efetiva; - Promover maior integração de líderes; - Tornar-se mais competitivo; - Reduzir a sobrecarga de trabalho nas áreas assistenciais; - Incentivar postura e comportamento, valorizando a identidade profissional do enfermeiro.
INOVAÇÃO / ATUALIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a atualização tecnológica; - Promover a pesquisa associada ao serviço; - Ampliar a participação das equipes assistenciais, na busca por novos materiais e equipamentos que envolvam a assistência.
PROCESSOS DE TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o desenvolvimento da assistência de forma humanizada, sistemática e fundamentada em base teórica e organizada em métodos e técnicas padronizadas pela SAE; - Garantir assistência, baseada em evidências científicas e validada tecnicamente; - Garantir segurança e controle de documentos relacionados ao atendimento; - Fortalecer cultura de segurança e qualidade entre as equipes assistenciais; - Garantir o registro seguro na área assistencial; - Promover interação dos processos e áreas envolvidas; - Promover maior interação e envolvimento entre as equipes de trabalho; - Assegurar a comunicação interna adequada - Promover atendimento qualificado e acolhedor.

GESTÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a gestão das unidades de trabalho, integrando os dois pilares: administração e assistência; - Avaliar a satisfação do cliente; - Promover o envolvimento das equipes na identificação de melhorias de processos e redução de desperdícios; - Reduzir perdas e glosas.
---------------	---

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Korbes (2010) defende estabelecer uma linha de trabalho fundamentada em planejamento estratégico. Para tal, o autor cita a profissionalização e treinamento dos seus colaboradores, a capacitação de pessoal, qualificação, acreditação, a adoção de medidas sustentáveis, tanto no âmbito econômico, quanto social e ambiental, a adaptação às novas tecnologias, a visão de negócio e a gestão voltada para os resultados, que tornam-se investimentos primordiais para fortalecer a base da empresa. Ainda para o autor, estabelecendo uma gestão moderna, este resultado apontará diretamente para a qualidade dos serviços oferecidos aos seus clientes.

Na categoria **EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO**, a partir das discussões dos objetivos propostos e análise do mapa estratégico, evidenciaram-se ações de capacitação e desenvolvimento de pessoas. O grupo apontou a necessidade de focar no “desenvolvimento dos líderes”, para que eles possam, através de um preparo maior, melhorar a gestão das equipes e dos processos de trabalho. Propuseram, então, um programa de desenvolvimento sistemático, envolvendo competências e responsabilidades dos líderes. Os depoimentos abaixo relacionam as ações propostas:

Sabe uma coisa que, pensando um pouquinho na promoção de desenvolvimento de líderes, pensar em trabalhar alguma coisa como nós tínhamos no gestor, não aquele grupo de gestor, né? Mas, por exemplo, o que a gente teve agora, treinamento sistemático para desenvolver os líderes, como, por exemplo, retomamos sobre o feedback agora, retomamos sobre a avaliação de desempenho, tem líderes novos que entram, tem uns que não eram líderes e se tornaram líderes, que eu acho que desenvolve, lembra, resgata [...] pode ser bimestral, trimestral (P2).

A gente ter uma meta, ter um por mês [...] e a gente poderia dar um nome para o programa, até para dar uma seriedade e não ficar como treinamento isolado (P3).

Talvez bimensal, casando um assunto com outro, por exemplo, um encontro sobre avaliação de desempenho e o próximo encontro em como dar um feedback (P7).

Talvez a gente possa identificar entre os próprios enfermeiros, quais são as necessidades que eles têm, ou ver nas avaliações de desempenho das lideranças (P1).

Definiram por elaborar um programa de desenvolvimento de lideranças em conjunto com a área de recursos humanos, nomeá-lo, estabelecer um cronograma, fazer um levantamento de necessidades a serem trabalhadas, a partir análise das avaliações de desempenho dos profissionais, das necessidades apontadas pelos próprios profissionais e dos aspectos identificados pelos gestores.

Chiavenato (2014) e Korbés (2010) referem que o líder/gerente é o condutor de pessoas e processos de trabalho. Ele lidera, comunica, prepara e motiva as pessoas no sentido de atingir metas e objetivos organizacionais e, para tal, a eficiência e eficácia com que consegue desenvolver as tarefas dependem, sobremaneira, do conhecimento que tiver a respeito das pessoas. Acreditam que a liderança é característica inata, que pode ser melhorada e lapidada, mas que está lá, aguardando para ser exercida. Portanto, desenvolver liderança implica em articular um complexo de habilidades e competências em torno da gestão de pessoas e processos que provocam desenvolvimento, maturidade e capacitação.

Lima et al. (2014) evidenciam a ideia de que o processo de significação da ação gerencial e suas implicações no papel do enfermeiro, na organização hospitalar, não seriam exclusivos no modo como são dispostos os recursos físicos, materiais e humanos, mas se assentam nos construtos sociais, culturais e históricos que são capazes de manter e reproduzir o *modus operandis*, no qual se organizam e se reproduzem os comportamentos. Para os autores, nesse esquema figurativo, mesmo que o profissional tivesse acesso à maior disponibilidade de recursos, talvez não fosse capaz de assumir um sentido que possibilitasse a ressignificação de sua ação gerencial e de seu papel. Ressaltam ainda que, a ausência de clareza a respeito do seu papel, cuja origem remete aos primórdios da enfermagem moderna, se antepõe à ausência dos recursos institucionais.

As participantes debateram acerca da necessidade de “identificar talentos nas áreas” e aproveitá-los como recursos na educação e acompanhamento, principalmente dos novos profissionais nas áreas. Existem, no serviço, profissionais que têm um desempenho técnico e comportamental satisfatório, se destacando em vários aspectos, considerados talentos dentre a equipe. A proposta discutida pelo grupo foi aproveitar/envolver estes talentos para auxiliar no treinamento da própria equipe ou principalmente de novos funcionários, apostando em valorização e reconhecimento do profissional e também preenchendo uma necessidade de

organização interna da equipe para efetivamente capacitar estes funcionários. Nesse aspecto a proposta seria de avaliar conjuntamente com a área de Recursos Humanos, uma forma de remunerar este funcionário talento através, por exemplo, de um benefício que seja viável, financeiramente, no período que estiver realizando a atividade de acompanhar um colega que esteja em treinamento, utilizando-se, como base, a matriz estabelecida e o acompanhamento da liderança, os depoimentos abaixo evidenciam esta ação:

Dentro de estabelecer um programa de integração ao novo funcionário, poderíamos pensar em um modelo de multiplicador, [...] porque daí, levando em conta àquela nossa ação de identificar e reter talentos, quem é o funcionário talento que eu tenho aqui na área? Que vai poder estar me ajudando, assim eu estou envolvendo, estou valorizando e daqui um pouco a gente pode ver uma remuneração que não seja, [...] que a gente também pega àquele objetivo da retenção de talentos, né? E da valorização dos talentos (P1).

Sim, pensando em técnico mesmo, ou enfermeiro assistencial (P7).

Técnico e enfermeiros assistenciais, né? Poderia abrir para fazer um processo seletivo, dois por área (P2).

Luongo et al. (2011) referem que para conseguir a excelência na qualidade, as instituições procuram realizar uma gestão de pessoal para encontrar talentos na equipe e aplicá-los da melhor maneira possível, visando à produção de resultados mais elevados. A gestão de pessoas busca estimular o ciclo motivacional de cada colaborador, mantendo o equilíbrio organizacional. Esse equilíbrio demonstra o envolvimento das organizações em satisfazer seus funcionários para que, juntos, alcancem objetivos. Assim, o equilíbrio organizacional permite que a instituição atinja os seus objetivos por meio do bom trabalho realizado com seus funcionários. Os funcionários atingem metas, são valorizados e retribuídos.

As participantes salientaram a necessidade de “organizar e fortalecer os times de ensino” como proposta para executar a educação continuada do serviço, propondo estratégias como: uniformizar e aproximar os times de ensino das diferentes áreas, estabelecer cronograma geral e específico de treinamentos, definir pelo indicador de meta de treinamento por área, realizar a organização, revisão e atualização dos POP's e desenvolver capacitações. Os depoimentos abaixo relacionam estas conclusões:

E os times de ensino, daqui um pouco a gente tem que integrar mais, né? Eu acho que são os três times, eu acho que a ação vai ser vinculada à integração (P3).

Sim, unificar os times de ensino da enfermagem, unificando as três áreas (P2).

A gente pode estabelecer uma meta de treinamento, inclusive é um indicador bem importante [...] e é um indicador importante de desenvolvimento de pessoas, [...] tu tem que organizar um processo, sistematizar e fazer acontecer (P1).

Fortalecer os times através da integração, uniformização, levantamento de treinamentos e revisão de POP's (P4).

Cecagno et al. (2009) relatam que a enfermagem, como profissão, entendida como ação de cuidar, utiliza a aprendizagem como uma ferramenta indispensável para a capacitação e qualificação profissional, resultando numa melhor forma de cuidar. Neste sentido a atividade de cuidar surge da criatividade humana, das sensibilidades frente às trocas com o outro e das condições naturais de capacidade do ser humano de criar novas situações, ou seja, as inovações/mudanças a serem instituídas no cuidado são criações emergidas da complexidade das relações do indivíduo com o coletivo e com o ambiente no qual se insere.

Kurcgant (2010) defende que é imprescindível considerar o elevado potencial das pessoas e investir na sua capacitação, uma vez que a gestão da qualidade pressupõe um estilo gerencial participativo, o que impõe a necessidade de valorizar as pessoas, a sua autonomia para decidir, a descentralização do poder, a socialização do saber e a reorganização do processo de trabalho.

Chiavenato (2014) diz que o treinamento é considerado um meio de desenvolver competências nas pessoas para que se tornem mais produtivas, criativas e inovadoras, a fim de contribuir melhor para os objetivos organizacionais e se tornarem cada vez mais valiosas. O treinamento é uma forma eficaz de agregar valor às pessoas, à organização e aos clientes, enriquecendo o patrimônio humano das organizações.

Outra ação proposta foi “estruturar uma sistemática de integração ao novo funcionário”, melhorando o acolhimento e a capacitação aos novos funcionários, proporcionando um conhecimento maior de normas, rotinas, fluxos e processos das áreas de apoio, protocolos institucionais e aspectos principais, envolvendo o serviço de enfermagem, garantindo suporte inicial maior e preparando com mais

resolutividade estas pessoas para o trabalho nas áreas. Os depoimentos abaixo evidenciam esta ação:

A gente falou alguma coisa da integração, né? E a gente puxou aquela questão de ter um programa de treinamento inicial, né”? [...] já que a gente não tem uma pessoa específica para fazer isso, não daria para pensar em uma proposta assim, por exemplo o RH faz a integração na segunda, e a gente continuar, nós continuarmos na terça com assuntos gerais do serviço? (P3).

A gente tem que falar de aspectos gerais da instituição, a gente tem que falar dos, dos aspectos do serviço e depois ir pro setor (P1).

É desafiador, mas é, bah é imprescindível [...] a gente pode fazer a cada 15 dias ou uma vez por mês [...] eu acho que o *endomarketing* deveria entrar, primeiro aquela comunicação de mostrar um vídeo institucional, de mostrar quem são as pessoas de referência, isso faz com que eles adquiram respeito quando eles entram, acho que isso é imprescindível, eu não estou entrando em qualquer lugar e posso fazer o que eu quero, eu sei que aqui tem uma estrutura, que eu tenho que respeitar, que eu tenho pessoas de referência para quem eu possa me dirigir e isso faz, no meu ponto de vista, com que as pessoas se comprometam. Opa! Este lugar aqui impõe um respeito, não é para aparecer, mas para demonstrar organização, demonstrar respeito, demonstrar que eles têm a quem se reportar, sabe? E de uma certa forma acaba valorizando sim a estrutura que existe (P4).

Contribuindo com as afirmativas acima, Couto e Pedrosa (2007) referem que a adaptação do novo colaborador dependerá muito do tempo que o gestor vai dedicar para ambientar o novo integrante ou a estruturação de um programa para adaptação. Ambientar, nesse contexto, vai muito além de uma simples demonstração de estrutura física, informá-lo das rotinas gerais, normas e regras ou divulgar a missão, os valores e a filosofia da empresa. Promover a adaptação de um perfil potencial significa que o gestor está inteiramente comprometido por orientar como e quando será a capacitação, definir diretrizes quanto aos processos que devem ser priorizados. Muitas vezes a indicação de um instrutor, monitor ou padrinho é considerado viável, mas ainda assim não substitui a atuação do gestor como responsável por disponibilizar os recursos necessários para o sucesso nesse processo de adaptação.

Na categoria **SATISFAÇÃO E CLIMA INTERNO**, as participantes entenderam, como sendo primordial para o comprometimento das pessoas com a instituição e com o serviço, o “desenvolvimento de ações de humanização e acompanhamento ao funcionário”, com o objetivo de cuidar de quem cuida. Ressaltaram ainda, que melhorar a comunicação interna de forma ampla, favorece maior entendimento e satisfação interna. Apontaram ações que visam proporcionar

maior interação entre as pessoas no ambiente interno e também geram maior comprometimento com o trabalho, segundo os depoimentos:

Não sei se entra aí a proposta da retomada do programa de humanização, a gente tá falando muito de clima de trabalho [...] quando a gente fala de humanização, todo mundo entende como importante, se tu conversar com os enfermeiros todo mundo entende a humanização como importante, muito de nossos técnicos, daí eu penso assim, se todos nós, a gente tem esse valor da humanização, se a gente quer tanto isso, se a gente busca tanto isso na assistência, porque a gente não consegue unir forças para fazer e acontecer, né? Mas se tiver um grupo que puxe isso, seria bem bacana sabe? (P7).

Tem duas coisas, o *endomarketing* que eu acho que é super importante e o grupo de humanização, que são duas coisas diferentes, mas o *endomarketing* ele é importante, querendo ou não ele é importante pela informação[...] tu sabe o que está acontecendo, o *endomarketing* facilita a comunicação interna (P4).

Eu acho que uma ação nossa é voltar a fazer àquelas reuniões com todos os enfermeiros, àquelas de integração, até para as pessoas se conhecerem [...] com pauta que às vezes a gente trabalha de forma isolada e que seria importante falar geral (P3).

Porque eu acho que tu faz com que as pessoas, tu chama elas pra ti, né? Eu vejo muito assim como elas se sentem parte, quando elas se sentem integrante, quando elas se sentem parte, elas passam a respeitar e abraçam qualquer negócio sabe? (P4).

Isso está muito associado ao clima interno né? Então, tá aí nossos desafios de trabalhar clima interno e motivação das pessoas, né? (P1).

Também eu acho que outra ação que entra aí, atinge mais os enfermeiros, mas é legal é a retomada da comissão social [...] quebra àquele gelo (P2).

Carneiro e Andrade (2012) em seu estudo que abordou a política de gestão de pessoas nos serviços de saúde, ressaltando a importância da humanização, valorização e motivação do servidor público na cidade de Belém/PA, identificaram que os principais aspectos que motivam os funcionários são: comemoração de datas festivas, amizades de trabalho, boa relação com a chefia, reconhecimento do trabalho executado, preocupação com a qualidade, capacitação, realização profissional, gratificação financeira pelo desenvolvimento institucional e o benefício do ticket alimentação.

Luongo et al. (2011) referem que a motivação resulta do alto esforço que o indivíduo faz por vontade própria, para atingir os objetivos da instituição. Ela pode ser intrínseca ou extrínseca, a motivação intrínseca está presente no próprio indivíduo e se trata da capacidade que a pessoa tem de ser produtiva, a recompensa neste caso é interna como a satisfação pessoal. A motivação extrínseca é aquela que existe no

ambiente de trabalho e que faz com que o indivíduo se sinta motivado por receber algo em troca, como a interação e relacionamentos interpessoais, a comunicação, à valorização pela participação das pessoas nos processos.

Contribuindo com os apontamentos citados, Chiavenato (2010) defende que os gestores devem enfatizar a comunicação com os demais membros da organização, não somente porque a comunicação é o meio primário de conduzir as atividades da organização, mas também porque ela é a ferramenta básica para satisfazer as necessidades humanas dos colaboradores e promove integração entre as áreas.

As participantes entenderam que a instituição necessita tornar-se mais competitiva e para tanto, seria importante avaliar a possibilidade de “retomar e uniformizar benefícios internos”. Lembraram que será necessário avaliar o cenário financeiro, mas sugeriram a avaliação para retomada de benefícios para os líderes, inicialmente, levando em conta a posição de motivação que desempenham na equipe e por considerarem que o impacto é pequeno diante da baixa rotatividade nesta classe de profissionais. Esse é um fator que gera muitos problemas e insatisfações internas e, quando se trata desta diferença de benefícios atingir as lideranças, o grupo entendeu como mais complicado de gerir a insatisfação deste público, conforme os depoimentos:

Sei que ainda não é o momento mas, não dá para retomar com o RH, quando as “vacas” voltarem a engordar [risos], para retomar com a gratificação pros novos funcionários? (P4).

Eu acho que assim que possível sim, nós poderíamos colocar como uma ação estratégica, para que assim que a instituição se torne viável financeiramente a gente volte a falar no assunto, porque esse é um assunto que vem causando bastante problema interno, mas a gente sabe porque a gente tomou essa decisão lá atrás, né? (P1).

Eu não falaria de todos agora, mas eu acho que dos enfermeiros, dos líderes [...] liderança a gente troca muito menos, né? E liderança, poxa, é quem mobiliza a equipe, é quem tá vinculado direto sabe, assim, o todo tá ruim, mas pra mim o fato da liderança fica até constrangedor? (P3).

A gratificação por resultados, que as participantes referem, é um benefício que algumas áreas do hospital recebem, a exemplo da enfermagem. É um benefício que está atrelado ao resultado, a partir da definição e avaliação de alguns critérios vinculados ao desempenho individual e do setor. Este benefício foi retirado dos novos funcionários desde o cenário grave de crise econômica que se apresentou no ano anterior. Ocorre que esse tem sido um fator problemático na gestão, ao passo que

dentro da mesma equipe existem pessoas que usufruem do benefício e outras não. A sugestão é que ocorra uma avaliação criteriosa ao retorno deste benefício, a partir da estabilidade da condição econômico financeira da instituição.

Chiavenato (2010) contribui com a proposta do grupo quando afirma que hoje, a maior parte das organizações bem sucedidas está migrando rapidamente para programas de remuneração flexível e variável capazes de motivar, incentivar e mexer com o brio das pessoas. O autor ainda reforça que o sistema de recompensa constitui um fator que induz as pessoas a trabalhar em benefício da organização.

Ações vinculadas à “redução da sobrecarga de trabalho” também foram pontuadas pelas participantes, por avaliarem importante prover de melhores condições de trabalho, apontaram a contratação de funcionários em contrato de horista (contrato valor hora, salário vinculado às horas trabalhadas) para cobrir, de imediato, vagas abertas e realizar um melhor dimensionamento dos recursos entre as áreas de trabalho, favorecendo a redução de sobrecarga. Esta é uma proposta a ser avaliada junto à área de recursos humanos, tendo em vista a possibilidade de contratação de profissionais na modalidade de horista e não de mensalista (viabilizando custos, por ser uma despesa variável demandada pela necessidade e não uma despesa fixa), estes profissionais seriam acionados mediante necessidade interna, ou por vaga aberta, ou por cobertura de atestados, ou na execução de planos de contingência para atender altas demandas nas áreas que exigissem um reforço de pessoal. Os depoimentos abaixo reforçam esta ação proposta:

Os horistas, temos que colocar para as vagas em aberto, né? A proposta de termos os horistas na mão para preencher nossa necessidade quando ela aparece (P2).

Sim, até como uma renda extra, né? Tem gente que não quer ter dois empregos (P3).

Isso também, quando a gente fala de sobrecarga de trabalho, de dimensionamento de recursos e a cobertura adequada destes, a gente também fala de satisfação (P1).

Reforçando a proposta do grupo, Kurcgant (2010) menciona que o dimensionamento de pessoal de enfermagem interfere diretamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência à saúde. O tema tem sido responsável pela instalação de conflitos entre os profissionais da área, uma vez que a necessidade crescente de reduzir custos na área da saúde coloca em questão, frequentemente, o

quadro de pessoal da enfermagem, por se tratar do maior quantitativo e custo com pessoal da organização, além da alta demanda e complexidade da clientela, imprimindo uma sobrecarga de trabalho aos integrantes da equipe, influenciando e dificultando o favorecimento da qualidade da assistência prestada.

Nesse contexto, a autora (2010) defende que os gestores dos serviços de enfermagem, devem buscar formas ou instrumentos que possibilitem melhor gerência dos recursos humanos sob sua responsabilidade, buscando condições para realizar um planejamento, alocação e distribuição mais adequada do pessoal de enfermagem.

Vale et al. (2014) também contribuem com a proposta quando refere que o processo de planejamento da força de trabalho busca encontrar o equilíbrio entre o que está disponível em termos de trabalhadores para a saúde e o que é realmente necessário para realizar no serviço. Para os autores, é imperativo que sejam cuidadosamente planejados o desenvolvimento, a implantação e a utilização dos recursos, a fim de que se consiga garantir a capacidade contínua para atender, de forma eficaz e eficiente, às diversas e mutáveis necessidades de saúde.

Outro aspecto evidenciado pelo grupo foi o “incentivo a uma postura e comportamento que valorize a identidade profissional do enfermeiro”, como oportunidade de dar maior visibilidade à profissão e a autoestima dos profissionais, melhorando assim a satisfação dos mesmos com o trabalho. O grupo discutiu sobre a falta de entusiasmo e promoção da profissão pelos profissionais da área. Sugeriram ações que buscassem promover a enfermagem através de grupos de estudos, da realização de pesquisas e incentivo aos enfermeiros para participação e envolvimento em eventos científicos e programas institucionais, segundo os depoimentos:

Acho que fortalecer a imagem e confiança no serviço também passa por uma coisa que acho que a gente tem pouco, a gente tem um marketing muito ruim, né? São poucos os enfermeiros que, vou dar um exemplo, a fulana tem um *automarketing* muito bom, eu não consigo ter um *automarketing* que ela tem, não, eu sou enfermeira, não, eu coordeno tal coisa, a gente não tem esse, eu acho que falta, sabe? Tu vai em outros hospitais tem a coordenação dando um cartão, ela recebe alguém ela se identifica, ela mostra quem ela é, sabe? (P7).

É toda uma postura. Desde que tu entra no quarto tu te apresenta eu sou enfermeira, fulana de tal [...] eu acho que sim, porque a gente as vezes fala aí, queria ser reconhecido, queria ser valorizado, mas não age de maneira a se valorizar, não tem postura adequada, não estuda, não participa de estudos (P1).

Eu acho, vou dar um exemplo agora, de pessoa que tem competência técnica, tem conhecimento de causa, que é respeitada, e que não se valoriza

neste momento? Quem? [Fulana de tal]. É uma pessoa que tem conhecimento de causa, que todo mundo reconhece e fica li quietinha, cara! Tem que divulgar, sabe? Olha o número do meu COREN cara! A pessoa tem que valorizar isso (P4).

É aquela questão da autoestima da enfermagem como um todo, acho que a enfermagem tem muito isso, né? (P3).

Se tu falar bem do teu trabalho parece que tu tá achando, parece que tu tá querendo ser melhor que o outro e não é, e não é, tu gosta daquilo que tu faz, tu valoriza aquilo que tu faz, tu acha o máximo ser enfermeiro, daí parece que tu achar que é o máximo ser enfermeiro e dizer que tu é enfermeiro, parece que é uma ofensa pra pessoas (P7).

A enfermagem cuida e se valoriza pouco, se a gente cuidar um pouquinho mais da gente, a gente vai estar melhor para cuidar do outro, né? Então é isso, a gente tem que incentivar, porque no dia a dia parece que estas coisas vão se perdendo e parece que a gente tem que mostrar, assim, aquele aspecto de zumbi, que a gente sofre, que a gente tá mal, que é muito desgastante, né? Que o salário é uma droga (P1).

Segundo Lima et al. (2014), no estudo das dificuldades e facilidades no gerenciamento de enfermagem no hospital, na perspectiva do enfermeiro, a racionalidade instrumental do trabalho, por si só, não é capaz de contemplar todo o conjunto de necessidades que emergem do processo de trabalho. Para os autores, é preciso que se abra espaço para as particularidades das relações e interações subjetivas que podem inserir o agente de trabalho, não como instrumento subordinado à produção e à técnica, mas como sujeito portador de projetos, protagonista de sua ação, com autonomia e autogoverno.

Oliveira et al. (2013) pontua que é importante que os profissionais se sintam motivados, que expressem suas impressões e que saibam acolher de forma positiva para um trabalho conjunto. Para isso o cuidador também precisa de cuidados, que lhe permitirão estar aberto a novos conhecimentos e mudanças e, conseqüentemente, apto a realizar um trabalho dinâmico e criativo. O profissional é instruído a se cuidar, a se preocupar mais consigo mesmo, se autovalorizar, buscar alternativas que o ajudem no seu cotidiano de trabalho, mas nem sempre ele encontra esta disponibilidade por diversos fatores como competitividade e falta de especialização.

Na categoria **INOVAÇÃO E ATUALIZAÇÃO**, as participantes citaram a “promoção da atualização tecnológica e o incentivo e organização para a pesquisa, associada ao serviço ou à assistência” como forma de favorecer o desenvolvimento de novos recursos e de material científico para embasar as ações assistenciais. Ainda nessa perspectiva, a fim de melhorar o envolvimento, o grupo considerou que ampliar a participação das equipes assistenciais na busca por novos materiais e

equipamentos que envolvam a assistência, promoveria maior participação e interesse da equipe para estar aberta a novos conhecimentos e tecnologias, segundo os depoimentos:

Pesquisar novas tecnologias para aumentar a produtividade da equipe e ampliar recursos para melhorar a qualidade assistencial (P1).

Eu acho que a questão da gente ampliar as tecnologias que tem em algumas áreas e outras não, como o carrinho de sinais vitais, o termômetro de testa ou de ouvido, sem contar que é o mais fidedigno, né? (P3).

A partir do momento que a gente pesquisa, isto aqui é legal, aumenta a produtividade, melhora a qualidade, a gente faz um projeto, os projetos são isso, né? A gente tem que colocar lá no projeto que benefícios que a gente vai ter, quanto que vai custar, enfim, tudo isso, né? (P1).

Também entra aqui a pesquisa, os estudos científicos da nossa área, enfim, nós precisamos promover isso também na atualização e no embasamento de nossas ações (P2).

Contribuindo com isso, Luongo et al. (2011) referem que nas instituições, a criatividade está presente e tem uma função importante: diminuir o impacto do processo de transformação externo na vida da empresa. Com ações criativas é possível se adaptar às mudanças ocorridas pela globalização, aos modernos processos de comunicação, aos sistemas financeiro, político e econômico e às inovações tecnológicas.

Chiavenato (2010) aponta que a inovação é essencial para a melhoria contínua do trabalho da equipe. O inovador traz criatividade para a equipe, novas ideias e novos conceitos. Se as pessoas não estão atualizadas em suas práticas, a estrutura de custos aumenta e prejudica a competitividade.

Vale et al. (2011) comentam que a pesquisa promove a enfermagem, porque os resultados obtidos, a partir das pesquisas, conferem à enfermagem o estatuto da ciência e fundamentam a tomada de decisões deliberadas e a execução de ações que tenham base científica sólida, melhorando, conseqüentemente, a qualidade do processo por meio do qual o cuidado é desempenhado.

Na categoria **PROCESSOS DE TRABALHO**, partiu-se de discussões com o grupo para “promover o desenvolvimento da assistência de forma humanizada, sistemática e fundamentada em base teórica e organizada em métodos e técnicas padronizadas pela SAE” para, de forma científica e planejada, embasar o trabalho da enfermagem, segundo os depoimentos:

Eu acho que aqui nós podemos colocar alguma coisa de reforçar a sistematização da assistência, porque eu acho que as equipes reciclaram, mudaram bastante, pra depois repercutir na parte do processo de enfermagem (P3).

Eu acho que também dá para focar no plano de ação, o trabalho que a gente vai desenvolver com a virada do sistema, pensando em cadastrar todos os cuidados lá, daí a gente vai conseguir amarrar com o diagnóstico lá, as gurias vão clicar e já vai aparecer lá os cuidados (P7).

Rediscutir e redefinir a teoria de enfermagem, discutir com os enfermeiros sobre as teorias e/ou continuar com a que a gente tem definido ou redefinir, discutir e divulgar o modelo assistencial, falando de assistência integral e concluir a sistematização da assistência de enfermagem e melhorar a comunicação (P1).

Dias et al. (2011), no estudo da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), no gerenciamento da qualidade em saúde, evidenciam que a escolha de uma teoria de enfermagem é essencial para embasar o processo de enfermagem. Nas escolas, bem como nas instituições de saúde, o modelo mais frequentemente referenciado é o da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta. Contudo, constata-se que, em muitos casos, não há utilização de nenhuma teoria durante a implementação da SAE.

De acordo com Almeida et al. (2011), o processo de enfermagem orienta o profissional de enfermagem a investigar as respostas humanas, resultantes do desequilíbrio das necessidades básicas, conduzindo-o, por meio do raciocínio lógico e do julgamento, à tomada de decisão clínica, ou seja, ao diagnóstico, à definição de metas ou resultados e às intervenções de enfermagem, conferindo assim, acurácia e segurança ao processo diagnóstico, com base em uma estrutura teórica definida. Para as autoras, em atenção ao desenvolvimento da tecnologia e à qualidade de gestão da informação em saúde, constata-se que os enfermeiros têm se apropriado da informática como ferramenta que promove a qualidade do gerenciamento no cuidado, sobretudo na tomada de decisão clínica no processo de enfermagem.

De forma bastante ampla, o grupo identificou ações que buscam “garantir assistência baseada em evidências científicas e validada tecnicamente”, através da definição e refinamento de protocolos e POP’s, desenvolvidos a partir da identificação do perfil epidemiológico das unidades. Os depoimentos abaixo esclarecem as ações propostas:

Eu acho que aqui é o envolvimento dos times de ensino e práticas (P2).

Eu acho que revisão dos POP's, né? Dos POP's existentes e tem a questão dos protocolos (P3).

Eu acho que também aquela questão de utilizar só um lugar de acesso pra POP, né? Porque hoje a gente tem pasta, tem físico, tem no virtual e isto atrapalha muito as equipes, porque a gente não tem um padrão (P7).

A instituição como maior, ela tem que definir quais são os seus protocolos institucionais, né? Aí depois cada área dentro do seu negócio tem que definir os seus protocolos que, vai ter lá o institucional que já foi definido e que é maior, tá dentro da área, tá mais dentro daquela área, quais são os protocolos que a gente vai seguir, daí tá linkado à esta descrição que nós fizemos de negócio, no perfil epidemiológico da unidade, dentro dos indicadores que nós definimos, dentro das nossas metas, enfim, quais são os protocolos que cada área vai identificar como seus protocolos, acho que é isso, né? [...] A partir dos institucionais, né? A gente ir desdobrando nas áreas (P1).

Também temos que ter uma sistemática de atualizar este material, informatizar, tem que na verdade fazer uma política disso, né? [...] a gente tem que ter segurança em relação a este material e atualização, né? (P3).

O grupo entendeu que esta ação deve envolver a rediscussão e redefinição de protocolos específicos das áreas, partindo de diretrizes institucionais e, posteriormente, desdobramento de protocolos que sejam específicos e relacionados com o perfil do negócio identificado em cada área, além disso, estabelecer uma política de controle e segurança destes documentos dentro da instituição.

Nesta perspectiva, Vargas e Luz (2010) citam que os protocolos de cuidados, com base no princípio da enfermagem baseada em evidências, constituem-se em ferramenta que pode complementar com qualidade o processo de enfermagem e nortear a construção de sistemas de avaliação e eficiência e eficácia. Outras motivações para a utilização de protocolos clínicos incluem a proteção contra o risco de acusações relativas à prática profissional e a redução de custos. Todavia, pela velocidade com que novas tecnologias de cuidado são introduzidas na saúde, a enfermagem deve fazer revisão anual ou, no máximo, a cada dois anos.

A “busca constante por qualidade” foi outra proposta para desenvolvimento de ações que o grupo entendeu como essencial para a instituição e seus serviços atingirem o nível de excelência nos processos que desenvolvem. A disseminação da cultura de segurança e qualidade na assistência, o mapeamento dos riscos das unidades e o estabelecimento de barreiras que minimizem os riscos identificados, a garantia do registro seguro da assistência, a promoção de uma maior interação dos processos e áreas envolvidas, a comunicação interna adequada são propostas que

as participantes elencaram como essenciais para se trabalhar fortemente os processos internos e a busca de melhorias contínuas, conforme os depoimentos:

Eu acho que a gente poderia colocar, fortalecer a cultura de segurança e qualidade na equipe assistencial (P2).

Acho que é consolidar a gestão de risco assistencial, atuação do gerenciamento de riscos nas unidades, a gente tem os protocolos de segurança, que a gente pode citar, identificar melhor os riscos e suas barreiras e divulgar amplamente para as equipes nos setores (P1).

Eu acho que com a enfermagem nós temos que trabalhar sobre o registro seguro, tu entende? Porque hoje as pessoas botam a emoção, botam percepções pessoais, ou fazem um texto pré-definido e não tem um registro adequado do paciente, que é o que a gente sente nas análises de óbito ou de prontuários, acho que temos que ter um foco de preparar a equipe assistencial, isso eu digo liderança e técnico, não estou dizendo só técnico [...] eu acho que nós tínhamos que trabalhar para instrumentalizar a equipe para o registro seguro, a forma de fazer o registro (P2).

O grupo evidenciou que os aspectos que envolvem qualidade e segurança dependem muito da cultura organizacional, bem como expressou ser necessário a disseminação da cultura de segurança como uma ação macro do hospital. Além disso, entendeu que a enfermagem é uma área de grande impacto assistencial que precisa estar voltada ao forte gerenciamento de riscos nas unidades e ao registro seguro da assistência.

Dias et al. (2011), no estudo sobre sistematização da assistência de enfermagem no gerenciamento da qualidade em saúde, observou que as anotações de enfermagem são falhas e insuficientes, o que, além de impossibilitar a efetividade do método da sistematização, ocasiona um número elevado de glosas que resultam em prejuízos financeiros para as instituições. Além disso, os registros são majoritariamente realizados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem que, em razão de sua formação, não garantem a consistência dos dados e, conseqüentemente, comprometem a assistência. Ainda na perspectiva das anotações, os estudos apontam que a informatização proporciona um registro eficiente e mais dinâmico, resultando na otimização do serviço da equipe de enfermagem.

Vargas e Luz (2010) pontuam que para atender às transformações tecnológicas, sociais e econômicas e a responsabilidade no cuidar, deve ser necessário operar com uma linguagem interdisciplinar, traduzida em indicadores de qualidade, qualidade do cuidado, protocolos assistenciais e/ou do cuidado, gestão de

risco, enfermagem baseada em evidências, eventos adversos, segurança do paciente, acreditação hospitalar, comissão de ética e estratégias preventivas.

Outro aspecto discutido foi a “integração entre as áreas”, identificada entre as participantes como frágil e com necessidade de ações direcionadas à aproximação e interação. Evidenciou-se que ações realizadas de forma mais abrangente em relação à interface das áreas são necessárias e, dessa forma, o grupo entendeu que o plano de ação precisaria contemplar ações que visassem promover a interação entre áreas dentro da enfermagem e entre a enfermagem e outras áreas, como áreas de apoio, por exemplo. Os depoimentos abaixo evidenciam esta afirmativa:

Acho que aqui são os recontratos, [...] a maturidade dessa comunicação, comprovar que ela existe, né? Eu vejo que o recontrato, ele é obrigatório, onde é que está escrito o que eu tenho que entregar para o CO, o que eu tenho que entregar para a UTI, enquanto tempo e quando isso não acontece o que eu faço, onde é que está escrito que a manutenção tem que me atender, como é que as áreas tem que me mandar o paciente (P4).

Eu tenho a impressão que algumas coisas funcionam nas áreas de apoio conforme a pessoa que está te atendendo, infelizmente ainda, sabe? Se eu conseguir falar com o fulano sei que vou conseguir agilidade, se eu não conseguir (P6).

Eu acho que a rotatividade de pessoal interfere muito nisso sabe? Por isso que tem que pensar em que momento, com a rotatividade que se tem, tu vai reapresentar tudo isso, eu entendo que no momento do treinamento admissional é que deveria apresentar tudo isso para o funcionário (P4).

E se nós pensarmos em uma metodologia diferente na apresentação dos indicadores e das comissões? Com uma participação mais efetiva das áreas? Por exemplo, os indicadores das áreas não precisa ser sempre a coordenação da área que vai apresentar [...] de estimular a equipe a trabalhar o detalhe do indicador, de estar presente, de utilizar até como treinamento pessoal a participação naquela reunião das comissões, porque ali agrega, né? Uma área com a outra, hoje a gente não trabalha isso, né? Hoje a gente não estimula a liderança pra isso, aqui vai agregar a interface entre as áreas, é o momento que é discutido de todas as áreas, onde se trazem as dificuldades e o que já se conquistou, tem comissões de áreas específicas e comissões de áreas maior, claro vai dar um trabalho pra gente instrumentalizar a equipe mas olha a interação, que legal ia ser, né? (P2).

Isso está dentro do nosso objetivo maior que é envolver e incentivar a participação, né? (P1).

A gente tá falando com o foco muito na enfermagem, mas de que forma essas áreas também se preparam com essa interface com nós, né? Daqui a pouco a gente vai estar buscando, buscando, buscando e essas áreas também não estão fazendo um trabalho em paralelo, então a interface nunca vai acontecer, se for uma coisa que só a gente tiver buscando, que a farmácia não tiver na mesma sintonia, que a radiologia não tiver na mesma sintonia, né? O laboratório não tiver caminhando junto, a gente vai estar sempre remando sozinho no barco, né? (P7).

O que eu estou sentindo aqui, nós trabalhamos em cima de um planejamento estratégico do Círculo que é amplo, né? E nós não temos um ainda do hospital, então aqui tu começa bater nisso que a [fulana] falou, que realmente assim, pra ti ter efetividade em coisas que tu tem que fazer dentro do serviço, precisa que no maior esteja na mesma linha, né? (P1).

Uma coisa também que a gente fala a muito tempo, mas que a gente nunca conseguiu fazer, não sei, vou falar visitação, é a gente conseguir na escala dois enfermeiros que tivessem a semana, sei lá, dar um nome para o programa, mas que fosse a nessa semana a [fulana] na segunda ela vai no bloco, na terça ela vai sabe na UTI adulto, na quarta, sabe? Que a gente possa fazer um programa, dar nome pra isso e que fosse, sabe? Um enfermeiro por escala, dois por escala, que a gente conseguisse fazer a cobertura para essa pessoa fazer uma visitação, assim, nas outras áreas, porque eu acho que isso é rico, por que as vezes não adianta falar, mas estar lá, vivenciar, estando ali, n ? Então acho que seria uma ação bem legal assim se a gente conseguisse fazer (P3).

Berry e Seltman (2010) citam que cada membro da equipe de uma organização de saúde, desde o médico até o zelador, se faz participante ativo dessa equipe na assistência às necessidades dos pacientes, uma vez que tratar doenças complexas requer *expertise* diversificada de todo o pessoal e da infraestrutura de apoio. Para os autores, cabe às organizações, qualquer que seja sua área de atuação, determinar o que desejam ser e como s -lo.

Para contribuir com as afirmações, cita-se Lima (2007) que enfatiza a interdependência, ou seja, interação, significa que as partes de um sistema não conseguem trabalhar de forma completamente independente. Para desenvolver uma mudança mais eficiente, é preciso reconhecer a natureza interdependente dos relacionamentos entre as partes (itens, pessoas e processos) dentro da organização. Em um sistema, não somente as partes, mas também os relacionamentos entre as partes tornam-se oportunidades para melhorias.

Ainda nessa perspectiva, Cecagno et al. (2009) consideram que a saúde   o produto obtido no coletivo e promovido através da interdisciplinaridade de serviços, dentre os quais a área da enfermagem que necessita desenvolver o conhecimento para buscar, cada vez mais, avançar na melhoria do atendimento prestado ao cliente. O aprendizado coletivo deve ser a competência básica de uma instituição que deseja coordenar diferentes serviços, integrar tecnologias, organizar o trabalho e agregar valor ao seu produto.

Outro aspecto amplamente discutido foi "comunicação", entendida pelo grupo como estratégica no atingimento de muitos objetivos estratégicos definidos e uma oportunidade no desenvolvimento de várias ações direcionadas para melhorar a

efetividade da comunicação nas relações e nos processos de trabalho, segundo os depoimentos:

Eu vejo que hoje não tem uma linha padrão, algumas coisas a gente comunica por *e-mail*, algumas coisas ainda existe memorando, então ainda existem algumas formas de comunicação que não são corretas, eu acho que um padrão seria importante (P4).

Tem um protocolo de comunicação efetiva que precisa ser finalizado e divulgado (P2).

Eu acho que a comunicação, ela tá junto com outros assuntos que a gente já colocou, do *endomarketing*, a questão do enfermeiro na reunião do indicador, então eu acho que ela está relacionada com ações anteriores que a gente colocou, sabe? As reuniões setoriais, envolvimento do técnico, acho que ela tá dentro de ações que a gente já discutiu (P3).

Outra sugestão aqui é colocar os informativos do RH no Sistema Portal, onde todos os funcionários têm acesso e não fica dependendo da liderança também imprimir (P7).

Malagutti e Caetano (2009) colocam que o processo comunicativo pode ser utilizado para informar, coordenar e motivar pessoas. A comunicação constitui uma das ferramentas de trabalho da enfermagem. Se for ineficaz, pode causar problemas interpessoais, conflitos, resistência a mudanças, desmotivação da equipe e, ainda, gerar danos ao paciente e à organização.

Chiavenato (2014) refere que para executar um planejamento estratégico e transformá-lo em realidade concreta as empresas devem seguir, entre outros passos, a comunicação intensiva, no sentido de explicar, esclarecer, orientar as pessoas naquilo que devem fazer para contribuir com os resultados para a estratégia empresarial. A comunicação deve se fazer em todos os sentidos: entre os vários níveis e entre todas as pessoas participantes.

Na categoria **GESTÃO**, agruparam-se as unidades de significação que se enquadravam em gestão. O grupo priorizou ações voltadas para o “envolvimento da equipe na gestão das unidades de trabalho”, focando tanto a assistência quanto à administração, com intuito de ampliar a visão das pessoas e a responsabilização com os resultados. Embasado na nova filosofia de trabalho, que busca o envolvimento e a participação da equipe na gestão, entendem que é necessário buscar formas de comprometer as equipes na identificação de melhorias de processos que envolvem a área na redução de desperdícios. As participantes definiram que as ações propostas deveriam contemplar a divulgação de objetivos claros e metas a serem alcançadas, o

envolvimento dos profissionais da equipe na gestão e avaliação do serviço através de reuniões sistemáticas com a participação da equipe e envolvimento desta no atingimento de metas. Os depoimentos abaixo esclarecem as ações propostas pelo grupo:

Eu acho que aqui é mais a questão de consolidar a gestão através dos indicadores e metas propostas, o que que vocês acham? Porque hoje a gente já tem essa dinâmica, né? A gente já faz uma avaliação das áreas a partir dos indicadores assistenciais, indicadores de, a gente precisa só dar uma refinada, uma consolidada em relação às equipes, pensando também no envolvimento das equipes mais nestes aspectos, né? Qual que é a meta do setor, então todo mundo sabe da meta e sabe porque que tem que desenvolver àquelas ações para alcançar aquela meta (P1).

Hoje a gente tem, né? Cada área tem sua definição, sua meta, só que tem que envolver mais as áreas (P2).

Faz parte da descrição de negócios que nós fizemos, descrevemos o negócio e definimos os indicadores e as metas (P1).

Através da análise envolver as equipes no plano de ação, no plano de melhorias, como por exemplo redução desperdício (P3).

Em relação aos indicadores, acho bem legal que os enfermeiros viessem apresentar [...] isso querendo ou não, faz com que você enxergue que problemas as outras áreas enfrentam sabe? O enfermeiro que é o gestor, que é o cara que as vezes tem que saber mais que tudo do que está acontecendo pelo hospital, as vezes não sabe, fica alheio, fica perdido na informação que é mais importante quase pra ele do que para o gestor dele [...] a gente tem que começar inserir cada vez mais eles, se a gente quer essa visão dele de gestor, mas ainda a gente tá colocando pouco eles no fogo da gestão, assim de entender esse macro, maior assim (P7).

Neste ponto, destaca-se o estudo de Dias et al. (2011), sobre a sistematização da assistência de enfermagem no gerenciamento da qualidade em saúde, onde evidenciam-se que o trabalho do enfermeiro é prioritariamente voltado para as atividades técnicas e focado no modelo biomédico, o que dificulta seu envolvimento e comprometimento com as demais ações inerentes à enfermagem, além de resultar em um fazer fragmentado e desarmônico em relação às reais necessidades demandadas pelos pacientes e equipe.

Uma ferramenta de avaliação da qualidade do cuidado que tem sido preconizada são os indicadores. Um indicador pode ser definido como uma unidade de medida de uma atividade, embora não seja uma medida direta de qualidade. Os indicadores sinalizam divergências com o padrão desejável e atuam como uma chamada, identificando e direcionando a atenção para os pontos-chave do cuidado que necessitam ser revistos (VARGAS; LUZ, 2010).

Malagutti e Caetano (2009) elucidam que a prática gerencial do enfermeiro vem evoluindo e sofrendo transformações na tentativa de se adaptar às novas exigências apresentadas de acordo com cada contexto histórico, social, político e econômico. Essas transformações que afetam a forma de gerir as instituições de saúde, muitas vezes questionando a eficácia do modelo tradicional de gestão, acabam também por impactar o papel e as novas demandas dos enfermeiros, tanto na esfera da assistência direta quanto na gestão.

Se antes, o enfermeiro era o “enfermeiro chefe de setor”, hoje o mercado exige que ele exerça papel de “gestor da unidade estratégica de negócios”, com entendimento do todo, e não somente da parte tradicional que lhe cabe, a enfermagem. Exige também que o enfermeiro tenha participação no gerenciamento de custos envolvidos no processo de cuidar e mostre evidências de que aquela prática escolhida para aquele determinado paciente apresenta o melhor custo/efetividade.

Outro ponto identificado como importante para o grupo foi “a identificação do nível de satisfação do cliente”, levando em conta o levantamento dos clientes na descrição de negócio das áreas, porque todo o esforço pela melhoria deve ser percebido pelos clientes. Os depoimentos abaixo referem as ações propostas nesta perspectiva:

Vamos avaliar a satisfação do cliente médico, além do cliente paciente/família, como se fosse uma pesquisa de satisfação (P2).

Em relação ao médico, como é que a gente poderia avaliar a satisfação do médico? Até para a gente avaliar como o cliente médico está me avaliando? Se a gente fizesse uma busca ativa dos 10 médicos que mais demandam na minha área (P1).

O grupo evidenciou que a execução das ações propostas neste plano foi de atingir a satisfação dos clientes internos e externos, mas entenderam também que precisa ser avaliada a percepção, através da aplicação de métodos para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem do ponto de vista do cliente interno, paciente, família e médico.

Luongo et al. (2011) afirmam que o retorno que o cliente dá ao serviço prestado deve ser utilizado pela instituição em todos os processos desenvolvidos nas diversas áreas e setores. As informações do cliente servem de guia para indicar o melhor caminho a ser seguido, a fim de se alcançar a qualidade do atendimento. Os autores reforçam que os gestores da qualidade devem estabelecer medidas que

assegurem como prioridade a qualidade do serviço prestado; por isso toda a informação dada pelo cliente deve ser analisada a partir desse foco. Quando os problemas identificados por eles são atendidos rapidamente, ele volta a utilizar os serviços da instituição, tornando-a fortalecida, pois sua credibilidade perante o cliente aumenta.

Para Luongo et al. (2011), na avaliação da qualidade do serviço prestado ao cliente, deve ser levado em conta a opinião deste, suas expectativas e também as dos colaboradores do serviço. É preciso verificar ainda, se o serviço foi realizado de acordo com as normas da instituição, se foram utilizados os recursos adequados e se o custo foi compatível com o previsto.

Encerrando as discussões acerca do plano de ação, o grupo enfatizou a “promoção do envolvimento das equipes na identificação de melhorias de processos, redução de desperdícios e redução de perdas e glosas”. Nesse sentido, algumas propostas já foram contempladas e outras poderão ser realizadas, conforme seguem os depoimentos abaixo relacionados:

Reforçando aquilo que a gente falou sobre trabalhar o registro das equipes [...] dar talvez um treinamento com exemplos [...] a questão da gente estar fazendo a auditoria dos prontuários, fazer a análise das glosas com as equipes (P7).

Eu envolveria a auditoria e a comissão de prontuário, eu acho que deveria envolver estas duas comissões (P4).

Aquela questão de envolver a equipe, os enfermeiros do setor na análise de glosas do setor, é um aspecto de racionalizar custos, né? Porque eles enxergam o que está prescrito errado, que faltou checar (P2).

Incentivar o programa de geração de ideias, para buscar envolver o funcionário nas melhorias (P1).

Incluir a análise de demonstrativo de resultado financeiro nas reuniões com as equipes, ver como a unidade vai gerir suas verbas (P2).

Toussaint e Gerard (2012) contribuem com as propostas do grupo quando pontuam que o desperdício custa caro, pois anula recursos que poderiam estar sendo aproveitados para a execução do trabalho.

Oliva e Borba (2004) esclarecem que as estratégias de contenção de custos procuram equilibrar os objetivos da equidade, da eficiência e da qualidade. Relatam que a excelência é alcançada por meio de comprometimento contínuo com a resolutividade, qualidade e custos baixos dos procedimentos. O binômio qualidade e

baixos custos requerem esforços contínuos na eliminação do desperdício, na capacitação profissional e consequente melhoria dos processos hospitalares, no uso adequado da automação, no acesso facilitado à informação e na diminuição da permanência do paciente no hospital.

Ainda nesta perspectiva de sustentabilidade, o grupo discutiu sobre a possibilidade da enfermagem “favorecer a busca e implantação de novos recursos com menores custos”, mantendo a qualidade e possibilitando novas padronizações e implantações de tecnologias que tragam ganhos em produtividade e qualidade. Os depoimentos abaixo elucidam estas ações:

Fazer uma busca ativa de novas tecnologias bem focadas pra enfermagem, o exemplo que a gente falou do carrinho de sinais vitais, do termômetro de testa, dos carrinhos de medicação, porque vai saber quantas coisas mais tem que daqui um pouco o custo não é tão alto e otimiza tempo de trabalho, né? Colocar isso como proposta para o time de prática (P3).

Nem sempre a implantação de uma nova tecnologia tem um menor custo, talvez até em busca de tecnologias pensando em algo de médio e longo prazo, né? [...]por exemplo, os carrinhos de medicação, pensando nos setores de internação[...] muito legal, é caro? É! Mas pensando qualidade, daqui a pouco reduzir tempo da enfermagem, reduzir riscos para os pacientes [...] quanto isso custa? (P7).

É aquilo que é intangível, né? Aquilo que a gente não consegue medir, mas que a gente sabe que num primeiro momento tu tem um aumento mas que gradualmente tu tem uma redução [...] é isso, avaliar o momento, bom não dá agora mas não vamos perder de vista, ali na frente a gente resgata, porque é isso, as vezes não dá, nunca mais parece que pode ser falado no assunto, não é assim e a gente tá trabalhando pra conseguir se estabilizar e conseguir resgatar algumas coisas que talvez neste momento mais crítico a gente perdeu (P1).

Vale et al. (2014) afirmam que o avanço da ciência, as novas tecnologias e as inovações podem facilitar alguns processos de trabalho, mesmo que não os modifique substancialmente, entretanto, reforçam que, sobretudo em países em desenvolvimento, que não produzem ou produzem em pequena escala as inovações aplicadas à saúde, financiam por meio de importações de alto valor agregado e que, na maioria das situações, contribuem para um déficit na balança comercial.

Lima et al. (2014), no estudo sobre as dificuldades e facilidades no gerenciamento de enfermagem no hospital, na perspectiva do enfermeiro, referem que o ambiente hospitalar é conduzido predominantemente pela lógica do mercado e pelo modelo clínico. Esse panorama sujeita o trabalho do enfermeiro às condições econômicas e financeiras e dificulta as resistências e rupturas dentro dos serviços de

saúde, particularmente o hospital. Desse modo, tem sido exigido do enfermeiro um posicionamento que o permita transitar nesse entremeio controverso, submetido às condições de instabilidade econômica e empregatícia, exercendo a função de articulador entre a equipe de saúde e os pacientes e seus familiares, com vistas ao alcance de objetivos organizacionais.

Nessa perspectiva, Svaldi e Siqueira (2010) defendem que a sustentabilidade pode ser considerada uma nova forma de produzir sem trazer prejuízos ao espaço e nem aos seres humanos envolvidos no processo e, indiretamente, à sociedade em geral. Ela deve apoiar-se nos princípios da satisfação das necessidades do ser humano, e não simplesmente no poder econômico. Atualmente tem-se orientações que se baseiam na construção do aprendizado e na implementação de estruturas de tomada de decisão nas organizações para torná-las mais sustentáveis. Elas indicam os resultados a serem obtidos e apontam os meios para alcançar a maturidade organizacional.

Lottemberg (2010) defende que a performance do sistema de saúde pode ser muito diferente quando as ferramentas da qualidade avaliam as rotinas e processos que fogem do controle. Que inúmeros problemas poderiam ser evitados com a aplicação dos recursos da qualidade, eles permitem controlar gastos desnecessários e a destinação dos recursos para questões mais importantes. Quando o foco está exclusivamente no controle de gastos, e não no paciente e no processo, não há uma economia inteligente.

6 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

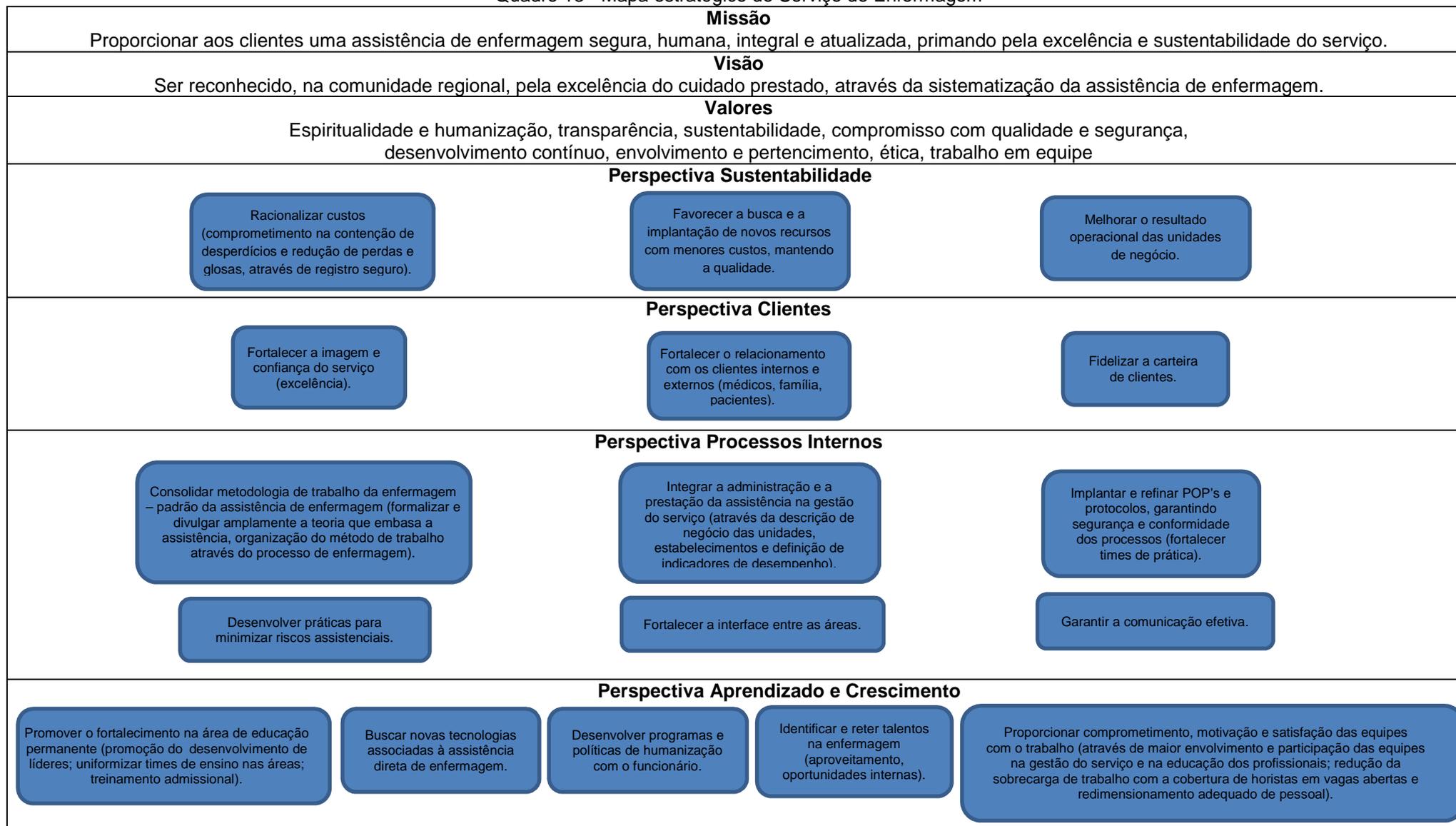
A proposta da pesquisa foi de elaborar um planejamento estratégico participativo, buscando traduzir e alinhar a estratégia e a visão institucional ao Serviço de Enfermagem, contemplando as seguintes etapas: definição da missão, visão e valores do Serviço de Enfermagem; levantamento e análise da matriz *SWOT* relacionada ao serviço; definição do mapa estratégico, descrição de negócio das unidades de trabalho e a elaboração do plano de ação, utilizando a ferramenta da qualidade *5W2H*. As etapas construídas seguem relacionadas nos Quadros 12 a 15, a seguir.

Quadro 12 - Matriz SWOT do Serviço de Enfermagem

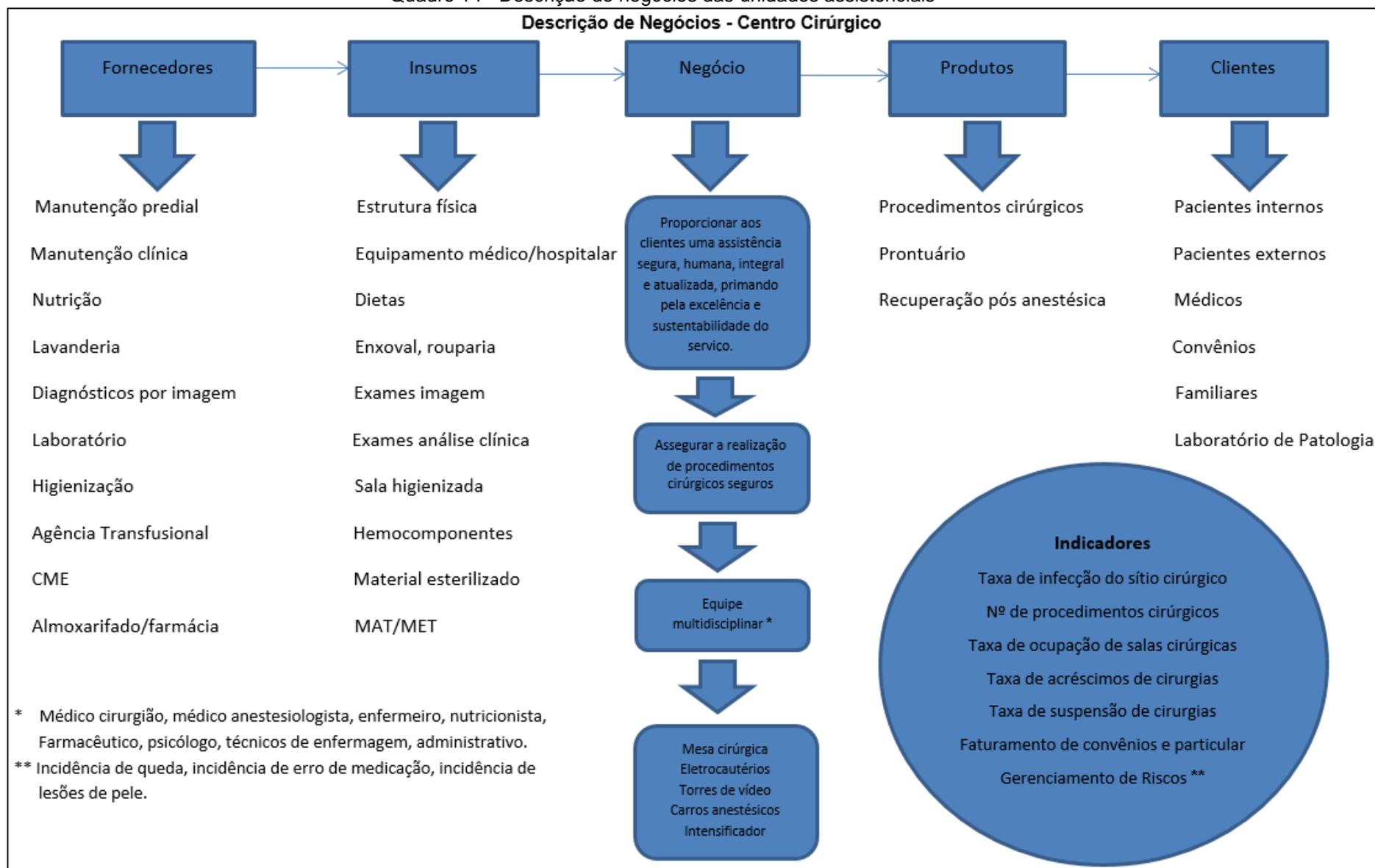
	POSITIVO	NEGATIVO
AMBIENTE INTERNO	FORÇAS	FRAQUEZAS
	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento e credibilidade da instituição na região; - Crescimento interno (recrutamento); - Relacionamento interpessoal; - Times de ensino e prática assistenciais; - Indicadores assistenciais e administrativos; - SAE / processo de enfermagem; - Recursos tecnológicos; - Implantação de novo sistema de informações (informatização). 	<ul style="list-style-type: none"> - Áreas de apoio; - Infraestrutura e hotelaria; - Comunicação; - Cumprimento da Política de atendimento/qualidade; - Rotatividade (contratação horistas); - Registros; - Padronização - uniformização de condutas/POP's e protocolos (equipes de atendimento); - Interdisciplinaridade; - Treinamento admissional (acolhimento e desenvolvimento) do funcionário novo; - Falta de programas de qualidade de vida e ambiência. Política de humanização do funcionário; - Desenvolvimento de lideranças – competências (fortalecimento do sistema de gestão); - Participação e envolvimento da equipe operacional na gestão e avaliação do serviço.
AMBIENTE EXTERNO	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	<ul style="list-style-type: none"> - Estágios de enfermagem - parceria com escolas de enfermagem; - Retomada do processo de qualidade; - Ampliação tecnológica; - Retomada dos cursos educativos na área assistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneração; - Competitividade; - Desqualificação da mão de obra; - Doenças ocupacionais e desmotivação da classe; - Contexto social.

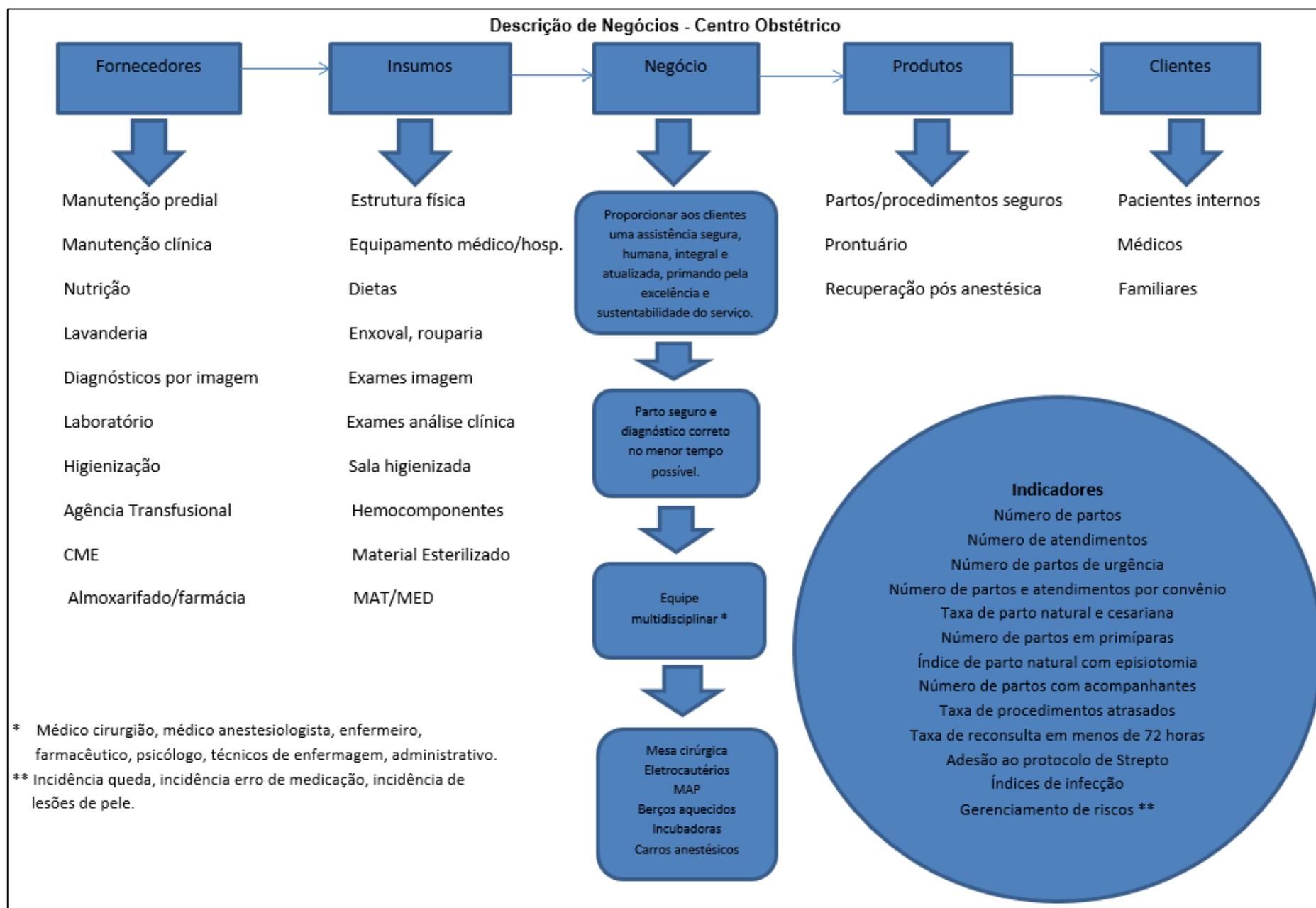
Fonte: Elaborado pela autora (2016).

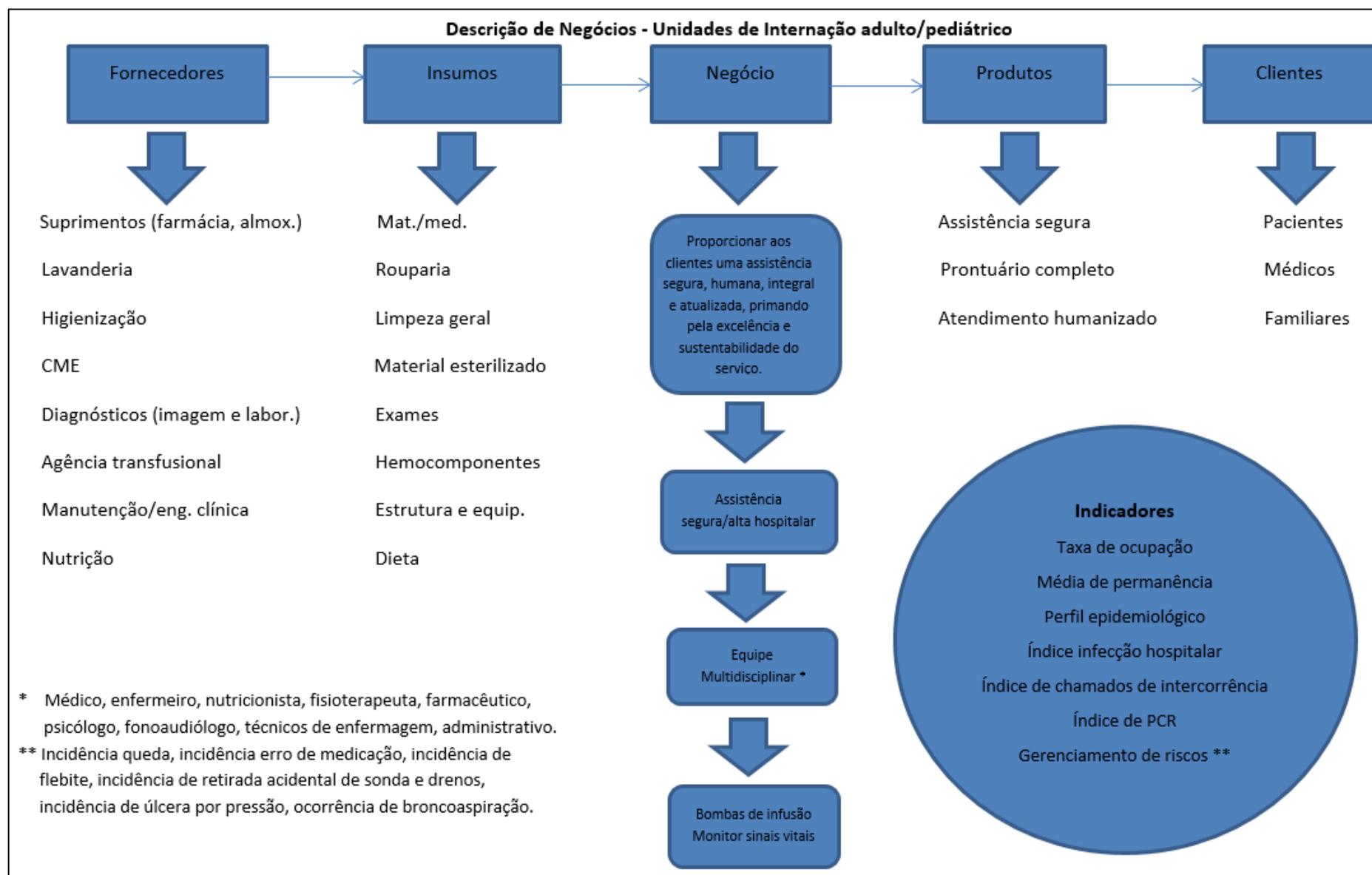
Quadro 13 - Mapa estratégico do Serviço de Enfermagem

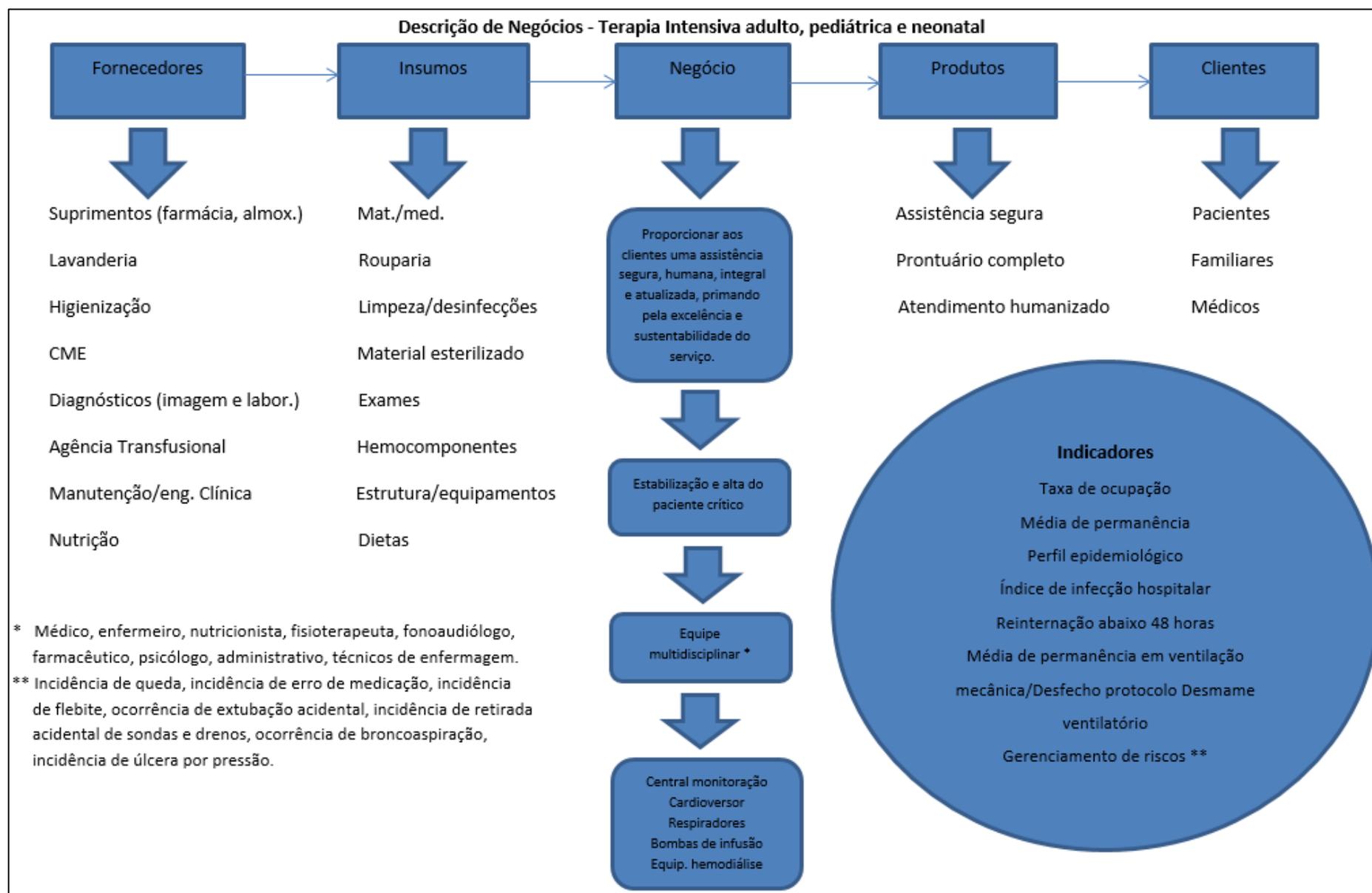


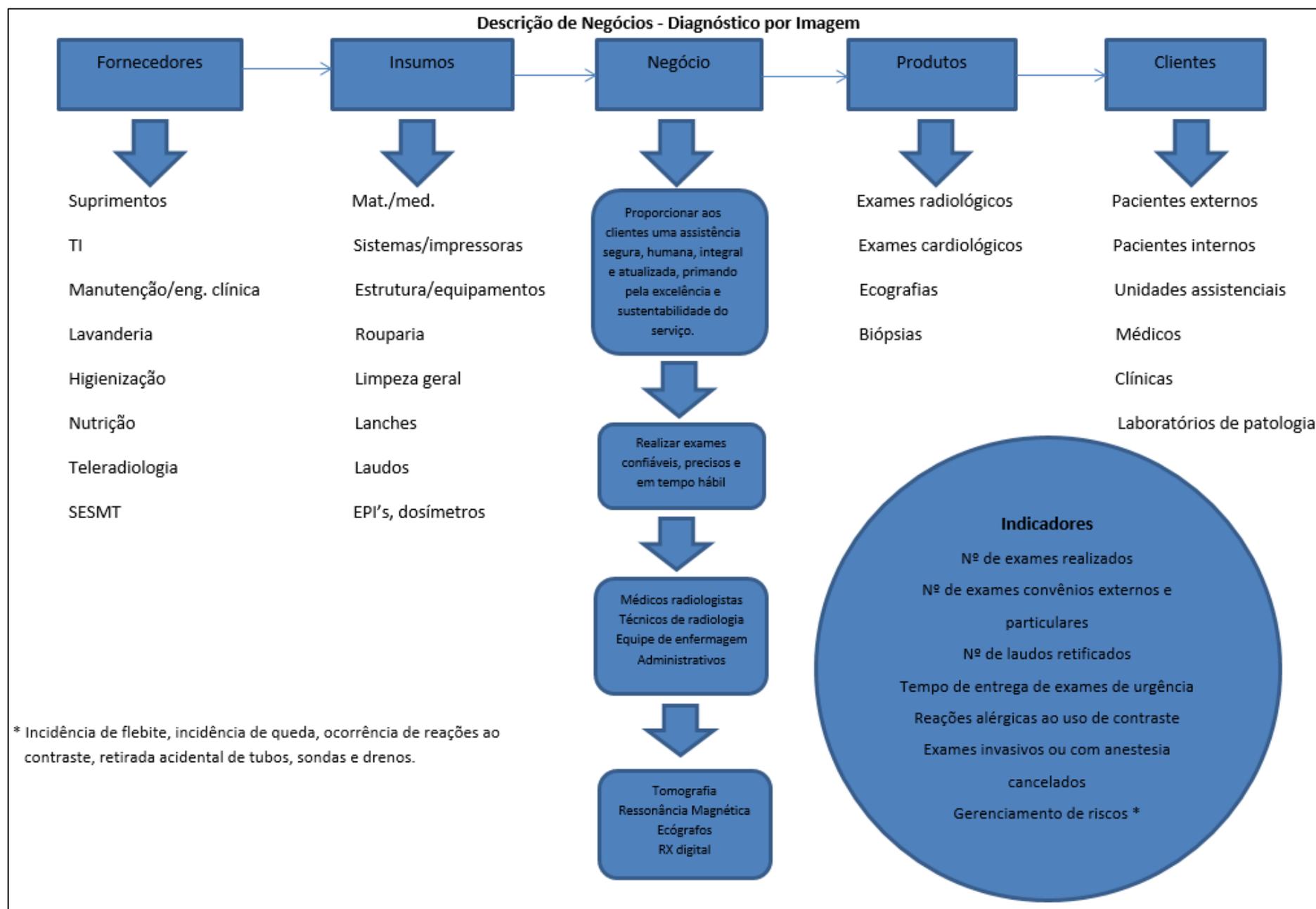
Quadro 14 - Descrição de negócios das unidades assistenciais

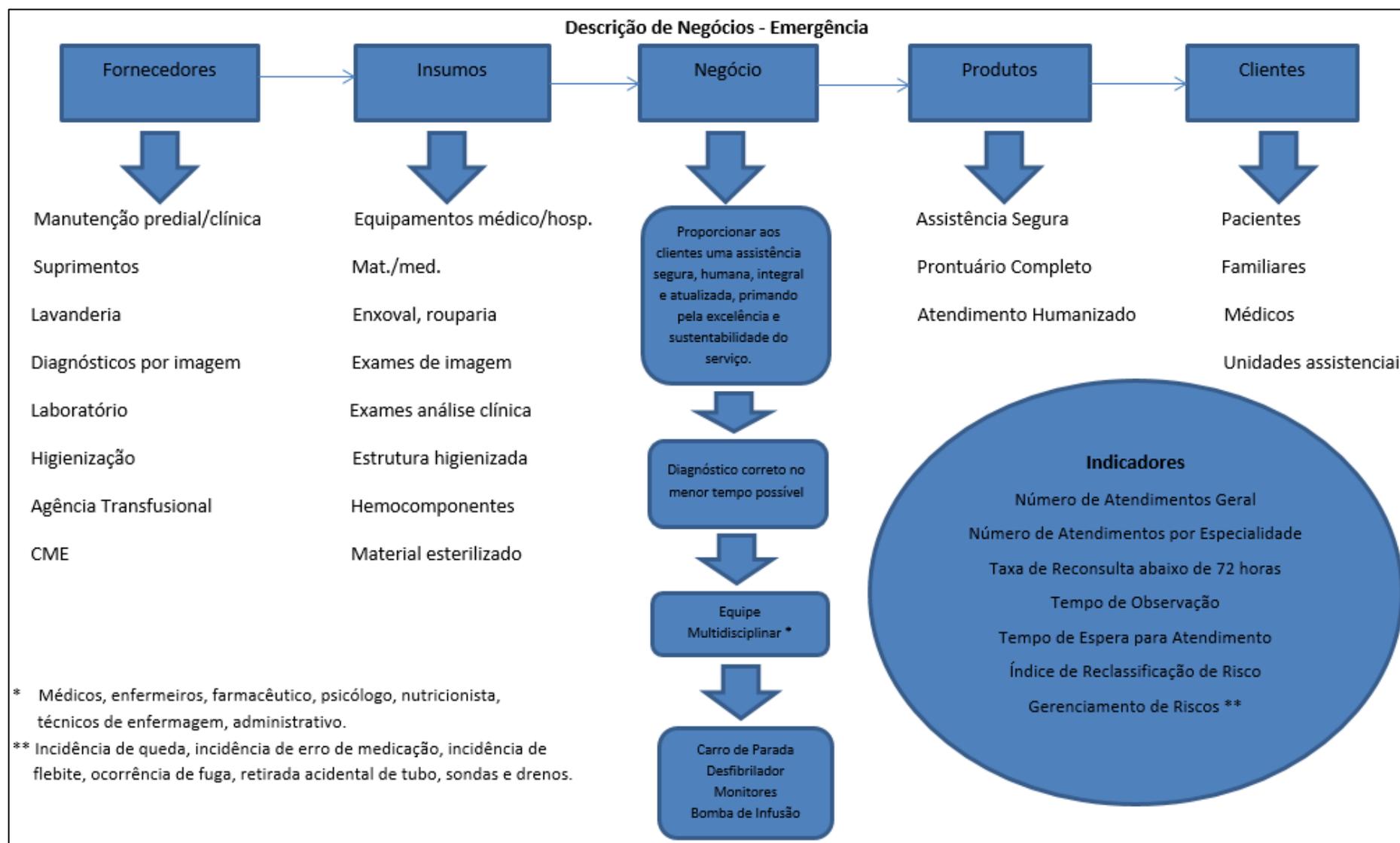












Quadro 15 - Plano de Ações – Ferramenta 5W2H

O QUE?	QUANDO?	POR QUE?	COMO?	ONDE?	QUEM?	QUANTO?
Qual ação será desenvolvida? Quando será desenvolvida? Por que foi definida esta ação? Como a ação será desenvolvida? Onde será realizada a ação? Quem será o responsável pela execução? Quanto será gasto para executar?						
Proporcionar comprometimento, motivação e satisfação das equipes com o trabalho (através de maior envolvimento e participação das equipes na gestão do serviço e na educação dos profissionais; redução da sobrecarga de trabalho com a cobertura de horistas em vagas abertas e redimensionamento adequado de pessoal). Identificar e reter talentos na enfermagem (aproveitamento, oportunidades internas).						
Fortalecer líderes de equipe com foco em desenvolvimento e capacitação (gestão de pessoas e processos internos).	2º semestre de 2016.	Porque através de líderes preparados, informados, seguros e motivados, as equipes tornam-se melhor acompanhadas e, conseqüentemente, mais satisfeitas e motivadas.	Desenvolver um programa de desenvolvimento de líderes em conjunto com o RH; Definir um nome para o programa para torná-lo mais identificado e credibilizado (divulgar a proposta para os enfermeiros e envolvê-los na criação do programa). Em conjunto com os enfermeiros, criar o nome do programa, levantar as necessidades a serem contempladas pelo programa e identificar talentos entre os enfermeiros e envolvê-los no desenvolvimento de capacitações. Traçar metas diante das necessidades levantadas a serem alcançadas com prioridades: 1, 2 e 3..., a serem alcançadas durante o período do projeto.	Hospital do Círculo Serviço de Enfermagem	Gerência Assistencial; Coordenações de áreas e RH.	10 horas da equipe envolvida para formatar o programa.
Integrar e fortalecer os times de ensino das diferentes áreas (multiplicação e meta de treinamento).	A partir do 2º semestre de 2016.	Consolidar e uniformizar os times das diferentes áreas assistenciais.	Definir os times. Promover encontros de todos os times em conjunto para alinhar e construir a política de educação continuada da área assistencial. Definir metas de treinamentos e capacitações para cada área assistencial. Definir temas de abordagem geral e específicas. Construir cronograma 2016 e 2017.	Hospital do Círculo Serviço de Enfermagem	Gerência Assistencial; Coordenações de áreas; Enfermeiros participantes dos times de ensino.	5 horas da equipe envolvida.
Reestruturar programa de integração para funcionários novos abrangendo aspectos gerais da instituição, aspectos do serviço de enfermagem e aspectos específicos das áreas (matriz de treinamento).	2º semestre de 2016.	Para promover melhor acolhimento, acompanhamento e capacitação do funcionário que ingressa na instituição.	Avaliar com marketing a divulgação do vídeo institucional e a criação de um vídeo do serviço de enfermagem, focando o trabalho específico de cada área. Construir programação da integração contemplando apresentação dos principais cargos de gestão do hospital e do serviço para criar referências. Avaliar pactos para enfermeiros que deem suporte ao programa ou avaliar divisão de atividades do programa entre as coordenações e supervisões de áreas.	Hospital do Círculo Serviço de Enfermagem	Gerência Assistencial; Coordenações de áreas.	Orçar vídeo; 10 horas da equipe envolvida para formatação da proposta; R\$1.200,00 pacto enfermeiro.

Identificar talentos entre as equipes nas áreas assistenciais para atuar como multiplicadores do conhecimento para com funcionários novos, times de ensino e práticas.	2º semestre de 2016.	Promover envolvimento, valorização, participação e motivação dos talentos.	Identificar os talentos através das avaliações de desempenho. Identificar necessidades de trabalho. Avaliar, em conjunto com RH, formas de valorizar o trabalho, através de bonificações pelo trabalho realizado. Criar um Projeto "incubadora" realizado diretamente <i>in loco</i> , onde o multiplicador ficará uma semana, exclusivamente, acompanhando o novo funcionário. Embasado em matriz de treinamento atualizada e pasta com treinamentos já descritos. O enfermeiro, o multiplicador e o novo funcionário assinam diariamente a matriz conferindo o que está sendo multiplicado.	Serviço de Enfermagem	Gerência Assistencial; Coordenações de áreas.	5 horas da equipe envolvida; Proposta de R\$100,00 bonificação.
Estruturar Programa de Humanização com foco no paciente e no funcionário	2º semestre de 2016.	Promover atividades de humanização no atendimento e no trabalho.	Organizar e consolidar o Comitê de humanização. Envolver Pastoral da Saúde no comitê. Negociar com RH a volta do programa de escuta para funcionários	Serviço de Enfermagem e RH.	Gerência Assistencial; Coordenações de áreas; RH; Psicologia organizacional e clínica.	10 horas da equipe envolvida para formatação do programa.
Promover a integração dos líderes de equipes.	1º semestre de 2017.	Melhorar o relacionamento e o clima interno.	Retomar a comissão social dos enfermeiros.	Serviço de Enfermagem	Gerência Assistencial; Coordenações de áreas; Enfermeiros do Serviço.	Sem custos.
Reduzir a sobrecarga de trabalho nas áreas assistenciais.	1º semestre de 2017.	Melhorar a satisfação e o clima interno entre as equipes de trabalho. Garantir qualidade e segurança na assistência. Reduzir os impactos do absenteísmo.	Avaliar a contratação de profissionais da enfermagem na modalidade de horista para realizar a cobertura das vagas em aberto ou atestados. Rever e reavaliar dimensionamento nas áreas assistenciais, buscando redimensionar recursos já existentes)	Serviço de Enfermagem	Gerência Assistencial; RH.	Avaliar custo do funcionário horista x custo das vagas abertas.

Dimensionar recursos humanos, avaliando complexidade assistencial	2º semestre de 2016	Dimensionar adequadamente os recursos e evitar sobrecarga de trabalho, proporcionando segurança e qualidade no atendimento.	Capacitar os enfermeiros ao dimensionamento adequado do quadro de pessoal, levando em conta as escalas de complexidade assistencial mensuradas nas áreas.	Serviço de Enfermagem	Gerência Assistencial; Coordenações de áreas; enfermeiros.	Sem custos.
Tornar-se mais competitivo	Avaliar, de imediato, os líderes. Avaliar os demais, conforme cenário financeiro.	Melhorar a satisfação interna e reduzir rotatividade.	Avaliar retomada dos benefícios para liderança, levando em conta o papel motivador do líder nos setores e o baixo índice de rotatividade. Diante da melhora do cenário financeiro, avaliar retomada dos benefícios de forma geral.	Hospital do Círculo	Gerência Geral; Gerência Assistencial; Gerência de RH.	Avaliar impacto financeiro com RH.
Buscar novas tecnologias associadas à assistência direta de enfermagem.						
Promover atualização tecnológica	Avaliar cenário financeiro da instituição.	Melhorar qualidade e produtividade do serviço.	Promover através dos times de práticas das áreas a busca de novas tecnologias para aumentar a produtividade da equipe e ampliar recursos para melhorar qualidade assistencial. Construir projetos para aprovação. Envolver a comissão de padronização para a avaliação dos produtos.	Serviço de Enfermagem	Gerência Geral; Gerência Assistencial; Coordenações de áreas; Enfermeiros do Serviço.	Sem custos diretos.
Consolidar metodologia de trabalho da enfermagem – padrão da assistência de enfermagem (formalizar e divulgar amplamente teoria que embasa assistência, organização do método de trabalho através do processo de enfermagem).						

<p>Promover o desenvolvimento da assistência de forma humanizada, sistemática, fundamentada em base teórica e organizada em métodos e técnicas padronizadas – SAE.</p>	<p>2º semestre de 2016.</p>	<p>Qualificar o serviço e a assistência.</p>	<p>Rediscutir e definir a Teoria(s) de Enfermagem do serviço. Discutir e divulgar o Modelo Assistencial – assistência integral. Finalizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem - A Sistematização da Assistência de Enfermagem responde à Resolução 358/2009 do COFEN, que organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos. Consolidar a Gestão do Risco Assistencial - trata da segurança do paciente na prevenção da ocorrência de erros. Trabalhar fortemente a comunicação (finalizar, validar e divulgar o POP comunicação efetiva).</p>	<p>Serviço de Enfermagem</p>	<p>Gerência Assistencial; Coordenações de áreas; Enfermeiros do Serviço.</p>	<p>Sem custos diretos.</p>
<p>Integrar a administração e a prestação da assistência na gestão do serviço (através da descrição de negócio das unidades, estabelecimentos e definição de indicadores de desempenho).</p>						
<p>Promover a gestão das unidades integrando dois pilares: administração e assistência.</p>	<p>2º semestre de 2016.</p>	<p>Desenvolver visão de gestão de negócio (unidades de trabalho) nos líderes das unidades.</p>	<p>Divulgar objetivos claros e metas a serem alcançadas nas unidades – descrição de negócio das áreas. Envolver os profissionais da equipe de enfermagem na gestão e avaliação do serviço através de reuniões sistemáticas com a participação da equipe e o envolvimento no atingimento de metas (análise de indicadores e ações propostas de melhorias com prazos definidos). Incluir nas reuniões setoriais, o resultado financeiro do setor e as metas a serem perseguidas no centro de custos de cada unidade.</p>	<p>Serviço de Enfermagem</p>	<p>Gerência Assistencial; Coordenações de áreas</p>	<p>Sem custos diretos.</p>
<p>Implantar e refinar POP's e protocolos, garantindo segurança e conformidade dos processos (envolvimento dos times de prática e ensino).</p>						
<p>Garantir assistência baseada em</p>	<p>2º semestre de 2016.</p>	<p>Garantir uniformização, qualidade e</p>	<p>Rediscutir e definir protocolos e POP's institucionais e por áreas diante das metas estabelecidas na descrição</p>	<p>Serviço de Enfermagem</p>	<p>Coordenações de áreas;</p>	<p>Sem custos diretos.</p>

evidências científicas e validadas tecnicamente.		segurança nos processos.	de negócio das áreas. Promover capacitações periódicas através dos times de ensino. Acompanhar gerenciamento/efetividade de protocolos definidos.		Times de práticas e de ensino.	
Garantir segurança e controle de documentos relacionados à assistência.	Outubro de 2016 com a implantação do novo sistema de informação.	Garantir segurança e controle.	Avaliar programa institucional de controle, segurança e atualização de documentos. Avaliar com serviço de TI tecnologia segura para controle de documentos internos.	Hospital do Círculo e Serviço de enfermagem	Gerência Geral; Gerência Assistencial; Serviço de TI	Orçar programa para controle documentos.
Desenvolver práticas para minimizar riscos assistenciais.						
Fortalecer cultura de segurança e qualidade entre as equipes assistenciais.	Julho de 2016.	Promover segurança e qualidade assistencial.	Treinamento forte e contínuo de lideranças relacionado ao tema segurança e esclarecimento do processo do gerenciamento de riscos na instituição. Refinamento na atuação da comissão de gerenciamento de riscos. Acompanhamento de notificações e ações concretas para reduzir subnotificações. Retornos dos planos de ações das equipes, envolvendo mais as equipes na visão sistêmica do processo.	Hospital do Círculo	Gerência Geral; Gerência Assistencial; Coordenações de áreas; Comissão de Gerenciamento de riscos.	Sem custos diretos.
Identificar riscos das unidades	2º semestre de 2016	Estabelecer barreiras de segurança	Realizar o mapeamento de riscos de processos das unidades assistenciais em conjunto com a equipe assistencial. Divulgar amplamente o mapa de riscos da unidade para a equipe operacional. Avaliar constantemente barreiras para suprimir riscos identificados.	Serviço de Enfermagem	Coordenações de áreas e equipe assistencial.	Sem custos diretos.
Garantir o registro seguro na área assistencial.	1º semestre de 2017.	Garantir segurança no registro da assistência prestada.	Instrumentalizar as equipes para realizar registros adequados tendo em vistas aspectos jurídicos e legais. Estruturar comissão de ética em enfermagem para atuar fortemente em educação nos aspectos legais do registro.	Serviço de Enfermagem	Gerência Assistencial; Coordenações de áreas.	10 horas da equipe envolvida.
Fortalecer a interface entre as áreas.						

Promover interação dos processos e áreas envolvidas.	2º semestre de 2016.	Melhorar o inter-relacionamento entre áreas e a interação dos processos. Garantir qualidade e agilidade.	Definir pelo estabelecimentos de contratos entre as áreas diante das interações de processos. Garantir a manutenção e efetividade dos recontratos.	Hospital do Círculo.	Gerência Geral; Gerência Assistencial; Áreas de apoio.	Sem custos diretos.
Promover maior envolvimento e interação entre as equipes de trabalho.	2º semestre de 2016.	Promover envolvimento e valorização das equipes.	Envolver equipe assistencial na apresentação geral dos indicadores e comissões das áreas. Criar Programa Revezamento (sugestão de nome para o programa) – estabelecer como meta mensal uma visitação de liderança em outra área – assistencial e apoio principal à área de trabalho da liderança.	Serviço de Enfermagem	Coordenações de áreas; Enfermeiros do Serviço.	Sem custos diretos.
Promover integração entre áreas de forma ampla no hospital	2º semestre de 2016.	Melhorar o inter-relacionamento entre áreas e a interação dos processos.	Avaliar com diretoria do hospital ação mais abrangente na integração entre áreas.	Hospital do Círculo	Gerência Geral; Gerência Assistencial; Gerência Área de Diagnóstico	Sem custos diretos.
Garantir a comunicação efetiva						
Assegurar comunicação interna adequada.	Julho de 2016	Disseminar informação e ampliar a comunicação.	Definir e formalizar meios de comunicação internos. Divulgar o protocolo institucional de comunicação efetiva. Avaliar junto com o RH ferramenta portal RH para que todos os funcionários tenham acesso aos informativos. Avaliar com o RH o retorno das atividades de endomarketing; Realizar ações com os times de ensino para trabalhar comunicação nos processos de trabalho das áreas; Realizar reuniões com todos os líderes de equipes assistenciais – avaliar periodicidade de 4/4 meses.	Hospital do Círculo	Gerência Geral; Gerência Assistencial; Gerência de RH.	Orçar ações de retorno do endomarketing.
Fortalecer a imagem e confiança do serviço (excelência).						

Incentivar postura e comportamento valorizando a identidade profissional do enfermeiro	1º semestre de 2017.	Promover a auto estima profissional e a credibilidade nos profissionais do serviço.	Realizar oficinas interativas promovendo o marketing pessoal dos profissionais. Mobilizar os profissionais através de ações que promovam a visibilidade do serviço e dos profissionais. Contatar profissional referência no tema (identidade profissional do enfermeiro – Marcelo Chanes) para avaliar outras ações internas.	Serviço de Enfermagem	Gerência Assistencial; Coordenações de áreas.	Orçar oficinas e/ou palestras sobre o tema.
Promover a pesquisa associada ao serviço.	1º semestre de 2017.	Fortalecer o serviço e valorizar o trabalho realizado.	Incentivar a realização de estudos científicos; Buscar incentivo para a pesquisa no serviço – parceria com instituições de ensino.	Serviço de Enfermagem	Gerência Geral; Gerência Assistencial	Sem custos diretos.
Fortalecer o relacionamento com os clientes internos e externos (médicos, família, pacientes). Fidelizar carteira de clientes.						
Promover atendimento qualificado e acolhedor	2º semestre de 2016.	Buscar a satisfação do cliente. Oferecer oportunidade ao cliente e família para expressar suas dúvidas e opiniões, minimizando a ansiedade e os medos.	Disseminar a política de atendimento ao cliente Círculo. Desenvolver ações estruturadas de humanização através da comissão.	Hospital do Círculo	Gerência Geral; Gerência de Atendimento; Gerência de RH; Gerência Assistencial.	Sem custos diretos.
Avaliar satisfação do cliente.	1º semestre de 2017.	Conhecer a satisfação do cliente e identificar pontos de melhoria.	Aplicar métodos para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem do ponto de vista do cliente paciente e família – avaliar possibilidades nas diferentes áreas assistenciais. Promover pesquisa de satisfação ativa com os 10 médicos clientes que mais demandam pacientes nas áreas que mais fazem plantões na área.	Hospital do Círculo Serviço de Enfermagem	Gerência Geral; Gerência Assistencial; Diretoria Técnica.	5 horas das supervisoras de enfermagem.
Racionalizar custos (comprometimento na contenção desperdícios e redução de perdas e glosas através de registro seguro).						

Promover o envolvimento das equipes na identificação de melhorias de processos e redução de desperdício.	1º semestre de 2016.	Identificar possibilidades de melhorias através da visão das equipes operacionais.	Incentivar programa geração de ideias nas áreas, com foco em melhoria de processos e redução de desperdícios. Buscar formas de reconhecimento a ideia que trazer redução comprovada.	Hospital do Círculo	Gerência Geral; Gerência Assistencial.	Avaliar formas de recompensas com RH.
Reduzir perdas e glosas.	1º semestre de 2016.	Melhorar resultado financeiro das unidades assistenciais.	Sistematizar análise de glosas nas áreas diante dos indicadores de auditoria – envolvimento de equipes. Identificar e acompanhar indicador de perdas nas unidades assistenciais e construir plano de melhorias com a participação das equipes de trabalho.	Serviço de Enfermagem	Gerência Assistencial; Coordenações de área; Enfermeira Auditora.	Sem custos diretos.
Favorecer a busca e a implantação de novos recursos com menores custos, mantendo a qualidade.						
Ampliar a participação das equipes assistenciais na busca por novos materiais e equipamentos que envolvam a assistência.	1º semestre 2017.	Envolver a equipe e comprometer na implantação de novas tecnologias.	Avaliar curva ABC de materiais e, através da área de suprimentos e times de prática, buscar novas tecnologias com menor custo, mantendo segurança e qualidade. Definir metas de redução. Desenvolver projetos de viabilidade quando se tratar de equipamentos.	Serviço de Enfermagem	Gerência Assistencial; Coordenações de áreas; Comissão de padronização de materiais e medicamentos.	Avaliar custos x benefícios.
Melhorar resultado operacional das unidades de negócio.						
Todas as ações acima citadas....						

CONCLUSÃO

A experiência no gerenciamento de um serviço de enfermagem de um hospital transforma o enfermeiro em um profissional desafiado pela complexidade dos processos e relações, pelo dinamismo da prática assistencial e pela diversidade de interações e relacionamentos. Torna-se imprescindível a atitude e o entusiasmo para mobilizar processos e pessoas em busca contínua de planejamento, atualização e aperfeiçoamento.

Evidenciou-se que planejar é necessário. O planejamento profissionaliza, deixa de lado a improvisação. Faz-se um exercício de pensar sobre, analisar e definir onde chegar e como chegar. O planejamento estratégico, através do uso de ferramentas gerenciais, proporciona ao enfermeiro o desenvolvimento da competência em gestão que se apresenta indissociável da assistência. Atualmente, do enfermeiro é exigido um perfil técnico assistencial, mas também um perfil de gestor, de coordenador, de administrador, previsto inclusive nas legislações vigentes, como: Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Resolução COFEN 311, de 08 de fevereiro de 2007.

O estudo demonstrou que, além da necessidade de transformar a enfermagem em uma profissão com maior visibilidade e organização através do planejamento, o envolvimento e participação dos enfermeiros líderes na gestão causou uma mobilização dos mesmos em assumir com atitude, postura e autonomia seu papel dentro da instituição. Para tanto, a construção coletiva proporcionou uma nova posição, transformando-se de passiva e submissa para uma postura de protagonista na profissão, promovendo uma responsabilização pela execução das ações propostas e pelos resultados alcançados.

Observou-se que, seguindo a linha da estratégia institucional, construindo um planejamento estratégico completo, desde a definição dos pilares que embasam o serviço, representado pela missão, visão e valores, até a operacionalização de um plano com ações proposto diante da identificação de objetivos estratégicos específicos, perpassaram várias discussões e análises, chegando-se a definições que traduzem a estratégia principal do serviço e o seu desdobramento nos níveis táticos e operacionais.

Destaca-se que as bases que sustentam o serviço foram representadas pela missão, visão e valores e contemplaram características definidoras como segurança, qualidade, humanização e sustentabilidade, justificando o desenvolvimento de ações que garantam a segurança e qualidade nos processos que envolvem a assistência, o acolhimento, respeito e humanização, nas relações que envolvem o atendimento do cliente, e a promoção da sustentabilidade para garantir a perenidade do serviço.

Diante das bases definidoras, a análise *SWOT* possibilitou identificar fatores que fortalecem, bem como outros que fragilizam o serviço, levando em conta a identificação de oportunidades e ameaças que pudessem interferir, também, positiva ou negativamente no serviço. A partir desta análise as estratégias foram definidas e desdobradas até o nível operacional.

As estratégias definidas pelo grupo contemplaram o foco em desenvolvimento e valorização das pessoas que compõe o serviço, considerando que as pessoas mais preparadas e capacitadas terão mais condições de desenvolver um trabalho e, conseqüentemente, trabalharão de forma a atingir a missão definida para o serviço. Os processos de trabalho também foram foco da estratégia definida e envolveram a interação das áreas, as práticas seguras, a assistência de enfermagem baseada em evidências, a integração da gestão e da assistência e a consolidação da metodologia de trabalho, através da sistematização da assistência de enfermagem, o que vem corroborar com o referencial teórico orientador, que embasa cientificamente o estudo.

Evidenciou-se que a busca contínua de atualização tecnológica promove atualização e inovação e instiga os profissionais ao novo, ao crescimento e à mudança. Além disso, concluiu-se, também, que o relacionamento e credibilidade do cliente para com o serviço se concretizará a partir da garantia do alinhamento e eficiência dos processos e das pessoas. As ações que envolvem a sustentabilidade retroalimentarão a permanência e a viabilidade do serviço.

A partir das definições dos objetivos estratégicos e do desdobramento nos níveis táticos e operacionais, constituiu-se um plano de ação que compreendeu a capacitação e desenvolvimento dos profissionais, a satisfação e o clima interno, a inovação e atualização, o alinhamento e a uniformização dos processos de trabalho, a interdisciplinaridade e a gestão, evidenciando uma complexidade que atinge a enfermagem e outros departamentos dentro da instituição.

O trabalho possibilitou o exercício da gestão, mobilizou os profissionais e os responsabilizou pelo compromisso com os resultados. Evidenciou um alinhamento

com a estratégia institucional e a criação de uma estrutura organizacional definida para o serviço de enfermagem, pautada em uma metodologia de trabalho e uma gestão estruturada de processos e pessoas, promovendo credibilidade e visibilidade para o trabalho e crescimento da profissão.

Isso possibilita que o profissional enfermeiro se estabeleça efetivamente como agente principal e central no eixo da equipe multiprofissional que envolve a assistência dentro do hospital.

REFERÊNCIAS

- AKTOUF, O. O que quer dizer gestão “humana” das pessoas na fase atual do capitalismo? In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 37., 2013, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2013.
- ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 356, n. 32, p. 356-362, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>>. Acesso em: 16 julho 2016.
- ALMEIDA, Mirian de Abreu et al. **Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ALVES, Vera Lucia de Souza. **Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde**. São Paulo: Martinari, 2012.
- AMARAL, Juliana Ferri do et al. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 66-74, jan./mar. 2015.
- ASHMOS, D. P.; DUCHON, D. Spirituality at work: a conceptualization and measure. **Journal of Management Inquiry**, v. 9, n. 2, p.134-145, 2000.
- AUGUST, Judy H. **JAD Joint Application Design**. São Paulo: Makron Books, 1993.
- BALDOINO, Aline Silva; VERAS, Renata Meira. Mapeamento de atividades de integração ensino-serviço adotadas em cursos de saúde da UFBA. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 4., 2015. Aracaju. **Atas...** Aracaju: CIAIQ, 2015. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/97>>. Acesso em: 22 jun. 2016.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BENITO, Gladys Amélia Véles; LICHESKI, Ana Paula. Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 447-450, maio-jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000300018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 jun. 2016.
- BERGAMINI, Cecília Whitaker. **Motivação nas organizações**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2013.
- BERRY, Leonard L.; SELTMAN, Kent D. **Lições de gestão da Clínica Mayo: por dentro de uma das mais admiradas organizações de serviços do mundo**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

BORK, Anna Margherita Toldi. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de janeiro de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 01 ago. 2015.

BRASIL. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 03 jul. 2016.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012.htm>>. Acesso em 11 out. 2015.

BRASIL. **Resolução - RDC nº 15, de 15 de março de 2012**. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>. Acesso em: 03 jul. 2016.

BURMESTER, Haino. **Gestão da qualidade hospitalar**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CARNEIRO, Brenda Rassy; ANDRADE, João Tadeu de. Política de gestão de pessoas: valorização, qualidade e humanização do servidor na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna de Belém/PA. **Revista em Mestrado Profissional em Planejamento em Políticas Públicas**, Belém, v. 1, n. 4, 2012.

Cecagno, Diana et al. Incubadora de aprendizagem na enfermagem: inovação no ensino do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, p. 463-466, maio-jun. 2009.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração: teoria, processo e prática**. 5 ed. Barueri: Manole, 2014.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gerenciando com as pessoas: transformando o executivo em um gestor de pessoas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CHIAVENATTO, Idalberto. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CHRISTOVAM, Barbara Pompeu; PORTO, Isaura Setenta; OLIVEIRA, Denise Cristina de. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-741, jun. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 272, de 27 de agosto de 2002**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html>. Acesso em: 03 jul. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2007. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 18 ago. 2015.

COUTO, Renato Camargo; PEDROSA, Tania Moreira Grillo. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, jul./set. 2006.

CUNHA, Sandra Maria Botelho da; BARROS, Alba Lúcia Botura Leite. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 5, p. 222-229, set/out. 2005.

DALLA VECHIA, Juliana Karine; ZANATTA, Jocias Maier; Grzybovski, Denize. Gestão humana de pessoas: uma retrospectiva histórica. In: Salão do Conhecimento, Jornada de Pesquisa – Ciências Sociais Aplicadas, 20., 2015, Ijuí. **Anais...** Ijuí: UNIJUI, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/4840/4029>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

DIAS, da Costa JS et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, fev. 2010.

DIAS, Iêda Maria Ávila Vargas et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem no gerenciamento da qualidade em saúde. **Revista Baiana em Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 161-172, maio/ago. 2011.

FALCONI, Vicente. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2004.

FELDMAN, Liliane Bauer; RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 239-242, mar./abr. 2008.

FLEURY A., FLEURY M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências**: um quebra cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. São Paulo: Atlas, 2004.

FURUKAWA, Patrícia de Oliveira; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1061-1066, nov./dez. 2010.

GAIDZINSKI, Raquel Rapone et al. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 648-653, set./out. 2005.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Revista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 188-193, jan./mar. 2009.

GARCIA, Telma Ribeiro; EGRY, Emiko Yoshikawa. **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; Gaskell, G. (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GERMANO, P.; GIMENES, H. C. Relacionamento interpessoal e seus aspectos motivacionais. Campinas, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/relacionamento-interpessoal-e-seus-aspectos-motivacionais/54950/>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63. 1995.

GONÇALVES, Islaine Cristiane Oliveira; FERREIRA, Lissa Valeria Fernandes. Gestão de hotelaria hospitalar: percepções e fundamentos. **Turismo: Estudos & Práticas**, Mossoró/RN, v. 2, n. 2, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uern.br/index.php/turismo> [ISSN 2316-1493]>. Acesso em: 12 jul. 2016.

HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009.

HINRICKSEN, S. L. **Qualidade e segurança do paciente**: gestão de riscos. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

INTERBRAND. **Marcas brasileiras mais valiosas 2014**. O que torna uma marca forte? 2014. Disponível em: <<http://www.rankingmarcas.com.br/metodologia/forca-de-marca.php>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Gerenciamento em enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 81-86, jan./fev. 2007.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A estratégia em ação**: Balanced Scorecard. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

KORBES, Genésio Antonio. **Construa seu plano**: gestão estratégica em serviços de saúde. Porto Alegre: [s.n], 2010.

KURCGANT, Paulina. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LEE, Fred. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 ½ coisas que você mudaria. Porto Alegre: Bookman, 2009.

LEFEVRE, Rosalinda Alfaro. **Aplicação do processo de enfermagem**: fundamentos para o raciocínio clínico. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

LIMA, Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa. A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: o caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP. 2007. Dissertação (Mestrado em Engenharia Mecânica) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Engenharia Mecânica. Campinas, 2007.
Disponível em: <<http://www.hc.unicamp.br/qualidade/TeseMariaBernadete.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

LIMA, Rogério Silva et al. Dificuldades e facilidades no gerenciamento de enfermagem no hospital na perspectiva do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UFPE on-line**, Recife, v. 8, n. 12, p. 4253-60, dez. 2014.

LIMA, Suzianne Vizentin; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; SARDINHA, Denise da Silva S. Planejamento estratégico elaborado juntamente com a equipe de enfermagem de um hospital de médio porte. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 138-144, 2008.

LONDOÑO, Malagón; MORERA, Galán; LAVERDE, Pontón. **A administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

LOTTEMBERG, Cláudio. **A saúde brasileira pode dar certo**: os caminhos para garantir um atendimento de qualidade, sustentável e acessível para toda a população. São Paulo: Atheneu, 2010.

LUCENA, Amália de Fátima. Processo de enfermagem: interfaces com o processo de acreditação hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 4, p. 8-9, 2013.

LUONGO, Jussara et al. **Gestão da qualidade em saúde**. São Paulo: Rideel, 2011.

MAGALHÃES, Ana Maria Muller; DUARTE, Érica Rosalba Mallmann. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 408-411, jul./ago. 2004.

MALAGUTTI, Willian; CAETANO, Karen Cardoso (org.). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Porto Alegre: Rubio, 2010.

MARIN, Heimar de Fátima. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal Health Information**, v. 2, n. 1, p. 20-24, jan./mar. 2010.

MARQUES, Elaine Sereno et al. A importância do desenvolvimento da liderança. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 10., 2013, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: AEDB, 2013.

Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/651889.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MARTINS, Christiane et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 472-478, set. 2006.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 338-346, abr./jun. 2009.

MENDES, A. M. Escuta e resignificação do sofrimento: o uso de entrevista e análise categorial nas pesquisas em clínica do trabalho. In: Congresso de Psicologia Organizacional e do Trabalho, 2., 2006, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Sociedade Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho, 2006.

MERHY, E. E. **Praxis en salud: un desafío para lo publico**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MONTANHA, Dionize; PEDUZZI, Marina. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 597-604, 2010. Disponível em: <<http://producao.usp.br/handle/BDPI/4143>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, maio/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300014&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt>. Acesso em: 22 jun. 2016.

MUNARI, Denize Bouttelet; BEZERRA, Ana Lucia Queiroz. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 484-486, jul./ago. 2004.

OLIVA, Flávio Alberto; BORBA, Valdir Ribeiro. **BSC - Balanced Scorecard**: ferramenta gerencial para organizações hospitalares. São Paulo: Iátria, 2004.

OLIVEIRA, Deyse Cardoso et al. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.521-526, out./dez. 2009.

OLIVEIRA, Leila Maria de; EVANGELISTA, Renata Alessandra. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): excelência no cuidado. **Revista Unipam**, Patos de Minas, v. 1, n. 7, p. 83-88, ago. 2010.

OLIVEIRA, Patrícia Régia de. Cuidando do cuidador: tempo para a autoestima e a autovalorização vicinal. **Revista Cereus**, Gurupi/TO, v. 5, n. 1, abr. 2013.

PAIVA, Sonia Maria Alves de et al. Teorias administrativas na saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 311-316, abr./jun. 2010.

PASCHOAL, S. P.; MANTOVANI, M. de. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, set. 2007.

PEREIRA, F. S. **Vínculos organizacionais**: um estudo comparativo entre professores de escolas pública e privada do ensino fundamental e médio no interior de Minas Gerais. 2010. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2010.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 2007

PINTO, L. L. S; FORMIGLI, V. L. A.; REGO, R. C. F. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em medicina social. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 31, n. 1, p. 115-133, jan./jun. 2007.

PORTO, Roseli Morena. Comunicação interna nas organizações. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 52, n. 3, maio/jun. 2012.

REGO, A.; CUNHA, M.; SOUTO, S. Espiritualidade nas organizações e comprometimento organizacional. **RAE-eletrônica**, v. 6, n. 2, fev./jun. 2007.

SALU, Enio Jorge. **Administração hospitalar no Brasil**. São Paulo: Manole, 2013.

SANTOS, José Luis Guedes dos et al. Governança em enfermagem: revisão integrativa da literatura: artigo de revisão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1417-1425, dez. 2013b.

SANTOS, José Luis Guedes dos et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, mar./abr. 2013a.

SANTOS, Daniella Maria Lopes dos et al. O endomarketing como estratégia de gestão e crescimento organizacional. **Revista da Administração Race**, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em:
<<http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/article/view/507/413>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

SHIRAZAWA, Tatiane. O que as empresas fazem para segurar os bons. **Época**, 2013. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/vida/vida-util/carreira/noticia/2013/08/o-que-empresas-fazem-para-bsegurar-os-bonsb.html>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SVALDI, Jacqueline Sallette Dei; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 599-604, jul./set. 2010.

TOUSSAINT J.; GERARD R. A. **Uma transformação na saúde**: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador. Porto Alegre: Bookman; 2012.

VALE, Eucléa Gomes et al. **PROENF - Gestão de enfermagem**: programa de atualização em enfermagem - ciclo 2. Porto Alegre: ABEn/Secad, 2011.

VALE, Eucléa Gomes et al. **PROENF - Gestão de enfermagem**: programa de atualização em enfermagem - ciclo 4. Porto Alegre: ABEn/Secad, 2014.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; LUZ, Anna Maria Hecker. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. **Enfermagem em foco**, v. 1, n. 1, p. 23-27, 2010.

VIDAL, Eglídea Carla Figueiredo et al. Gestão da qualidade nas instituições hospitalares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABRASCO, 2013.

ZANARDO, Graziani Maidana et al. Sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Contexto e Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 1371 a 1374, jan./jun. 2011.

ZIEMNICZAK, A. P. M. Ambiente de trabalho e as relações interpessoais. 2011. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/50783778/Ambiente-de-trabalho-e-as-relacoes-interpessoais>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

APÊNDICE A - Roteiro para realização das reuniões

Este roteiro se destina à condução do trabalho da construção coletiva do planejamento estratégico participativo do serviço de enfermagem, a partir do desdobramento do planejamento estratégico institucional já estabelecido. Abaixo relacionadas, estão as etapas em ordem cronológica que serão abordadas em cada reunião.

Reunião 1

Serão realizadas combinações entre participantes e pesquisadora em relação ao trabalho a ser executado, os acordos necessários ao prosseguimento das reuniões como: horários, intervalos, local, utilização de recursos para armazenamento de dados advindos do trabalho do grupo.

O líder da reunião, que será a pesquisadora, em conjunto com o analista assistente, farão uma apresentação para introduzir os participantes na metodologia *JAD* e na proposta de trabalho: construção de planejamento estratégico participativo no Serviço de Enfermagem a partir do desdobramento do planejamento estratégico institucional.

Será apresentado o planejamento estratégico institucional e a proposta de realizar o desdobramento deste construindo o planejamento estratégico participativo do Serviço de Enfermagem, como forma de alinhar a estratégia institucional ao Serviço e planejar ações de melhoria e qualificação da assistência de enfermagem; promovendo a participação e o envolvimento dos enfermeiros que compõe o serviço na gestão.

Reuniões 2 e 3

Discussão e definição da missão, visão e valores essenciais do Serviço de Enfermagem alinhados à missão, visão e valores institucionais;

Identificação por meio da análise SWOT das necessidades assistenciais e administrativas das unidades de trabalho com ênfase na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Matriz SWOT

Interna - Organização	Forças	Fraquezas
Externa - Ambiente	Oportunidades	Ameaças

Fonte: Alves (2012).

Reunião 4

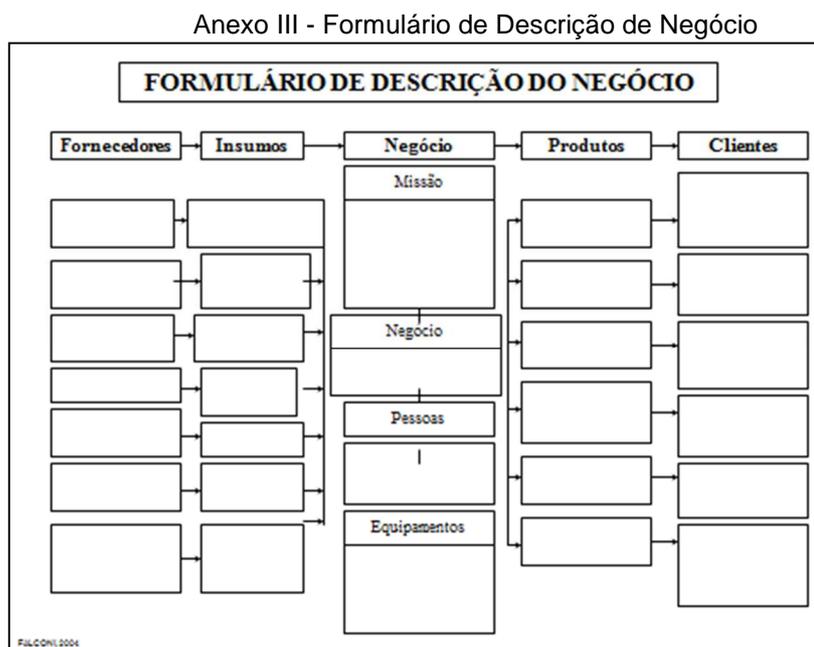
Construção do mapa estratégico a partir da visão e estratégia do serviço de acordo com a metodologia BSC nas perspectivas financeira, de cliente, processos internos, aprendizado e crescimento.

Reunião 5

Elaboração da descrição de negócio das unidades de trabalho do hospital como forma de identificar o processo que envolve a unidade, definir metas, estabelecer foco, identificar indicadores para medir resultados, integrando a administração e a prestação da assistência na gestão do serviço.

Será descrito o negócio de cada área que compõe o serviço de enfermagem.

A descrição de negócio segundo Falconi (2004) deve contemplar fornecedor, insumos, negócio, produto e clientes e está ilustrada abaixo.



Fonte: Falconi (2004).

Reunião 6

Com base na matriz SWOT, no BSC e na descrição de negócios de cada área, elaborar um plano de ação, com ênfase na gestão em serviços de acordo com a ferramenta 5W2H.

Ferramenta 5W2H

O QUE?	QUANDO?	POR QUE?	COMO?	ONDE?	QUEM?	QUANTO?
Qual ação será desenvolvida?	Quando será desenvolvida?	Por que foi definida esta ação?	Como a ação será desenvolvida?	Onde será realizada a ação?	Quem será o responsável pela execução?	Quanto será gasto para executar?

Fonte: Burmester (2013).

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Isabel Cristina de Souza Bertuol, aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado como: Elaboração de planejamento estratégico participativo na gestão do serviço de enfermagem de um hospital privado de Caxias do Sul/RS. Este estudo tem como objetivo elaborar um planejamento estratégico participativo buscando traduzir e alinhar a estratégia e a visão institucional ao Serviço de Enfermagem e qualificar as unidades de trabalho que compõe a estrutura organizacional de um Hospital Privado na cidade de Caxias do Sul/RS.

A proposta deste trabalho surgiu a partir da minha posição administrativa e gerencial na instituição que direcionou-me para um olhar no sentido de identificar o que poderia ser feito para que o enfermeiro pudesse atuar de acordo com a expectativa da instituição e ao mesmo tempo com motivação, capacitação, desenvolvimento, metodologia de trabalho e recursos para que esta expectativa fosse alcançada. Além disto, buscar alinhar a estratégia do Serviço de Enfermagem à estratégia institucional.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa e participará de um grupo de 8 enfermeiros que trabalham nas diferentes áreas da enfermagem do Hospital. A coleta de dados desta pesquisa consiste na reunião das pessoas incluídas no estudo para avaliarem o serviço e construir o planejamento.

Serão inicialmente previstas seis reuniões entre pesquisadora, analista assistente e os participantes que aceitarem participar da pesquisa, onde será elaborado o planejamento estratégico participativo do Serviço de Enfermagem do hospital.

Existem benefícios imediatos, já que os resultados de sua participação afetarão a construção de um planejamento estratégico para o Serviço de Enfermagem que acarretará em uma qualificação das unidades de trabalho e na qualidade da assistência. Esta pesquisa apresenta riscos mínimos para os participantes, os quais se ocorrerem, serão tratados com apoio da área de psicologia organizacional do hospital. Não haverá remuneração extra por sua participação. Os encontros serão audiogravados e ficarão em posse da pesquisadora até 5 anos, onde após serão destruídos conforme prevê a Lei 466/2012 do CNS.

Todos os resultados da pesquisa são confidenciais e ficarão na responsabilidade da mestranda Isabel Cristina de Souza Bertuol, podendo ser encontrada no telefone (54)96147666. Você pode a qualquer momento desistir de participar desta pesquisa, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Além disto, você pode esclarecer dúvidas, que por ventura tiver. Uma cópia dos resultados do estudo será entregue para você.

Após ter recebido todas as informações relacionadas ao estudo eu, _____ portador da carteira de identidade nº _____ certifico que o responsável pelo projeto de pesquisa, Mestranda Isabel Cristina de Souza Bertuol, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Rosália Figueiró Borges, respondeu a todas as minhas dúvidas, e eu, voluntariamente, aceito participar dele.

Declaro ainda que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Caxias do Sul, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Participante

Isabel Cristina de Souza Bertuol

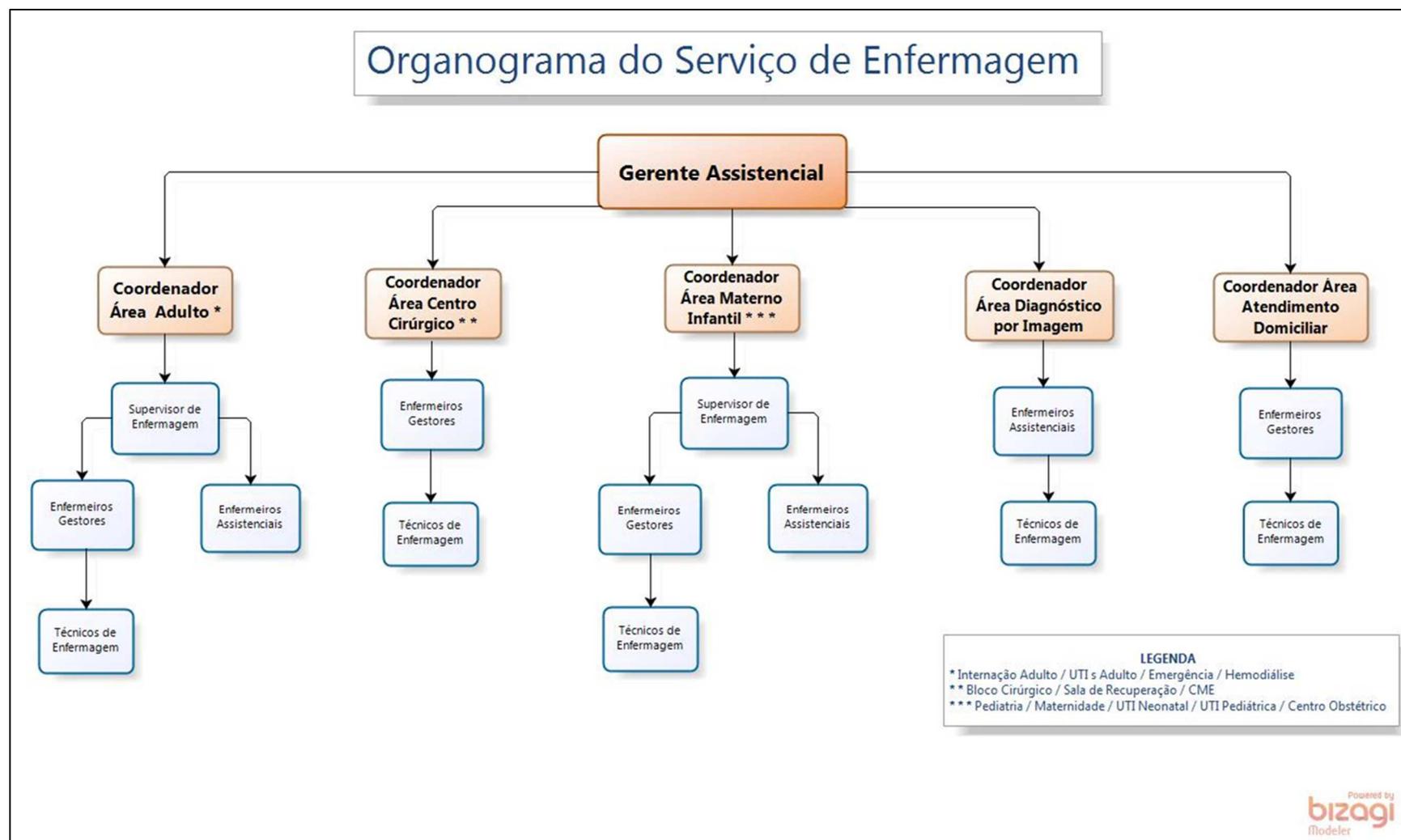
Pesquisadora Responsável

CPF nº 92938108087

E-mail: isabel.bertuol@circulosaude.com.br Fone: (54)96147666

ANEXO I - Organograma do Serviço de Enfermagem da instituição de

estudo



ANEXO II – Termo de Ciência**ANEXO II - TERMO DE CIÊNCIA DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA
INSTITUIÇÃO CENÁRIO DO ESTUDO.**

Para Sr. Administrador do Hospital do Círculo

Assunto: Autorização para pesquisa

Venho, por meio desta, solicitar autorização para realizar o estudo intitulado como: Elaboração de planejamento estratégico participativo na gestão do Serviço de Enfermagem de um hospital privado de Caxias do Sul/RS, que faz parte dos requisitos para conclusão do curso de Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. O objetivo do estudo é elaborar um planejamento estratégico participativo buscando traduzir e alinhar a estratégia e a visão institucional ao Serviço de Enfermagem e qualificar as unidades de trabalho que compõe a estrutura organizacional de um Hospital Privado na cidade de Caxias do Sul/RS. A coleta de dados se dará após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Unisinos, no mês de março do ano de dois mil e dezesseis pela própria pesquisadora através da realização de reuniões com enfermeiros do serviço e não acarretará custos para a instituição.

Após a finalização do estudo, será apresentado à instituição um planejamento estratégico para o Serviço de Enfermagem, desdobrado do planejamento estratégico institucional, com ênfase em estratégias gerenciais que qualifiquem a assistência das unidades de trabalho.

Certa de sua atenção, desde já agradeço e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Jandira Bresolin Tisott
Gerente

Representante Legal da Instituição

Isabel C. S. Bertuol

Enfermeira
COREN - 102843

Pesquisador Responsável: Isabel Cristina de Souza Bertuol

ANEXO III - DESCRIÇÃO DE NEGÓCIO, SEGUNDO FALCONI (2004)

