



LILIANE ALVES PEREIRA

CONSTRUÇÃO DO ENFERMEIRO LÍDER: UMA ETNOENFERMAGEM

RIO GRANDE

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
CONSTRUÇÃO DO ENFERMEIRO LÍDER: UMA ETNOENFERMAGEM

LILIANE ALVES PEREIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Mestre em enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Ética, educação e saúde.

Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem

RIO GRANDE

2016

P434c Pereira, Liliâne Alves

Construção do enfermeiro líder: uma etnoenfermagem / Liliâne Alves
Pereira. - Rio Grande: [s.n], 2016.
88 f.

Orientação: Prof.Dr. Edison Luiz Devos Barlem
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande - Programa
de Pós Graduação em Enfermagem.

Referências bibliográficas: f. 73-79.

1. Liderança. 2. Ética. 3. Enfermagem. 4. Antropologia Cultural. 5. Cultura
Organizacional. I. Barlem, Edison Luiz Devos. II. Universidade Federal do Rio
Grande. III. Título

CDU: 65:614.2

Catálogo na fonte: Bibliotecária Luciane Silveira Amico Marques CRB 10/2375

LILIANE ALVES PEREIRA

CONSTRUÇÃO DO ENFERMEIRO LÍDER: UMA ETNOENFERMAGEM

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação da Banca Examinadora para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 22/01/2016, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Jamila Geri Tomaschewski Barlem

Dr^a Jamila Geri Tomaschewski Barlem

Coordenadora em exercício do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (FURG)

BANCA EXAMINADORA

Edison Luiz Devos Barlem

Dr. Edison Luiz Devos Barlem- Presidente (FURG)

Graziele de L. Dalmolin

Dr^a. Grazielle de Lima Dalmolin- Membro Externo (UFSM)

Dr^a. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas- Suplente Externo (UFSM)

Rosemary Silva da Silveira

Dr^a. Rosemary Silva da Silveira- Membro Interno (FURG)

Jamila Geri Tomaschewski Barlem

Dr^a. Jamila Geri Tomaschewski Barlem- Membro Interno (FURG)

Laurelize P. Rocha

Dr^a. Laurelize Pereira Rocha- Suplente Interno (FURG)

AGRADECIMENTOS

“A gratidão é a melhor forma que temos para louvar a Deus”. Madre Madalena

Graças a Deus, que em Cristo Jesus nos conduz ao triunfo e por meio de nós, manifesta sua fragrância do conhecimento ao mundo inteiro, (2Cor 2,14a) e me fez chegar a este momento pela sua graça e força imensuráveis.

Graças ao Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem por me acompanhar neste processo formativo. Obrigada por me oportunizar conhecer-te, beber da fonte de sabedoria que és e caminhar comigo, apontando sempre o horizonte mesmo nos momentos que eu insistia em olhar para as pedras no chão. Grata pela paciência e incentivo.

Graças a minha mãe que sempre mostrou-me que a vida deve ser trilhada de cabeça erguida, passos firmes e olhar atento, ensinou-me que os valores não são direitos adquiridos, mas construção cotidiana.

Graças aos meus irmãos Adriana e Maicke que todos os dias revelam que a vida só tem sentido se for vivida no amor, mesmo com todas as lutas cotidianas.

Graças aos meus sobrinhos Hilary e Maicke Henrique que alegram minha vida e são a personificação do futuro com amor, alegria e beleza, agradeço a minha cunhada Hirla por me presentear com estas preciosas riquezas.

Graças as irmãs da minha comunidade que acolheram minhas ausências, meus cansaços e me incentivaram a buscar sempre mais.

Graças ao Diego Vasconcelos pela disponibilidade de tempo, pela presença silenciosa, mas marcante, estimuladora e eficaz nas transcrições.

Graças a Carolina Hirsch pela ajuda e pela sabedoria com que abraçaste a causa.

Graças a Banca de qualificação e de sustentação pelas contribuições que fizeram com que meu trabalho tivesse êxito e me fazer acreditar cada dia mais na força e ternura expressas na enfermagem.

Graças a Cláudia Schallenberger pela ajuda, pelo carinho e pelo incentivo nos momentos em que parecia que eu não seria capaz.

Graças aos funcionários da Unidade São Roque por colaborarem nesta pesquisa e acreditarem, junto comigo, que a enfermagem é uma profissão que só pode ser exercida por quem tem muito amor, quem é valoroso, quem é apaixonado pela vida.

Graças ao grupo do NEPES e aos colegas do mestrado vocês fizeram com que este momento fosse possível pela presença impar de estar comigo.

“Não cesso de dar Graças a Deus mencionando vocês em minhas orações. Suplicando o espírito da sabedoria e de revelação do conhecimento pleno” (Ef 1,16-17).

RESUMO

PEREIRA, Liliâne Alves. **Construção do enfermeiro líder: uma etnoenfermagem**. 2016. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, FURG, Rio Grande/RS.

O processo de construção do enfermeiro líder é dinâmico, dialógico e mutável. Isto porque as diferentes formas de liderar emergem de teorias de liderança que perpassaram gerações, construindo-se a partir de regras, mitos e até paradigmas do que é ser um líder e qual deve ser seu comportamento e atitude. Compreendendo a enfermagem como profissão central dos espaços de saúde, considerando seu potencial de interlocução entre as diferentes profissões da saúde, faz-se necessário compreender o processo de construção do enfermeiro líder, promovendo o fortalecimento da enfermagem através da ampliação de uma consciência profissional, assim como os demais elementos vinculados a esta profissão. Diante desta realidade construtivista e processual, o presente estudo teve como objetivo geral *compreender o processo de construção do enfermeiro líder*, e como objetivo específico *compreender as barreiras presentes no processo de construção do enfermeiro líder*. Tratou-se de pesquisa qualitativa desenvolvida em um hospital filantrópico no sul do Brasil através de uma matriz metodológica direcionada sobre a etnoenfermagem. Foram informantes gerais 51 profissionais da equipe multiprofissional e destes, 22 profissionais como informantes chaves, sendo 5 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem. A coleta e análise dos dados foi realizada no período de julho à dezembro de 2015, através de quatro etapas: fase 1- obtenção dos dados através da coleta e documentação; fase 2- análise com refinamento e o foco voltado para o que estava sendo pesquisado identificando os descritores e componentes; fase- 3 caracterizou-se por padrões de comportamento e análise contextual e fase 4- constituiu-se da síntese dos dados, da abstração de categorias e formulações teóricas. Foi respeitada a Resolução 466/12, tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética local sob o Parecer nº 07/2015. Os resultados foram apresentados sob a forma de dois artigos. O primeiro, intitulado “O processo de construção do enfermeiro líder: uma abordagem etnográfica ” aborda o processo de construção do enfermeiro líder a partir do contexto analisado, considerando-se as relações, cultura, ambiente, sentimentos, ações e pensamentos, numa perspectiva antropológica e cultural; e o segundo intitulado “Barreiras para a construção do enfermeiro líder: uma etnoenfermagem”, referente as barreiras presentes no processo de construção do enfermeiro líder. Os resultados apresentados explanam as características pessoais e a cultura situacional como barreiras no exercício da liderança pelos enfermeiros, somados aos seus valores, crenças e comprometimentos deturpados e outro por apresentar legitimações da cultura institucional que infligem a construção do enfermeiro como líder. Ao compreender estas barreiras o enfermeiro busca alternativas inovadoras e direcionamento para superá-las com criatividade e motivação a partir da ciência e da arte de cuidar. Portanto, faz-se necessário que os enfermeiros compreendam o processo de construção da liderança para que assim eles enfrentem as barreiras impostas neste processo. Os resultados dessa pesquisa permitiram desenvolver conhecimentos acerca das dificuldades no desenvolvimento aplicabilidade da liderança na atuação da enfermagem, apontando caminhos para a construção cotidiana e constante da liderança em enfermagem nos diferentes cenários de atuação.

Descritores: Liderança, Ética, Enfermagem, Antropologia Cultural, Cultura Organizacional.

ABSTRACT

PEREIRA, Liliane Alves. **Construction of the nurse leader: ethno-nursing**. 2016 88p. Dissertation (Master of Nursing) - School of Nursing. Graduate Program in Nursing, Universidade Federal do Rio Grande, FURG, Rio Grande / RS.

The nurse leader building process is dynamic, dialogical and changeable. This is because the different ways of leading emerge from leadership theories that permeated generations, building up from rules, myths and even paradigms of what is being a leader and what should be his/her behavior and attitude. Understanding nursing as central profession of healthcare spaces, considering its potential for dialogue between the different health professions, it is necessary to understand the nurse leader construction process, promoting the strengthening of nursing through the expansion of a professional conscience, so as the other elements linked to this profession. Given this constructive and procedural reality, this study aimed *to understand the nurse leader construction process*, and as a specific objective *to understand the barriers present in the leading nurse construction process*. This was qualitative research developed in a philanthropic hospital in southern Brazil through a methodological matrix focused on ethno-nursing. General informants were 51 professionals of the multidisciplinary team and from these, 22 professionals as key informants, 5 nurses, 16 nursing technicians and 1 nursing assistant. The collection and analysis of data was carried out from July to December 2015 in four stages: Phase 1 - data obtained through collection and documentation; Phase 2 - analysis with refinement and a focus on what was being researched identifying descriptors and components; Phase 3 - characterized by patterns of behavior and contextual analysis and Phase 4 - consisted of synthesis of data, categories abstraction and theoretical formulations. Resolution 466/12 was respected and the project was approved by the local Ethics Committee under Report No. 07/2015. The results were presented in the form of two articles. The first, entitled "The nurse leader construction process: an ethnographic approach" addresses the leader nurse construction process as from the analyzed context, considering the relations, culture, environment, feelings, actions and thoughts, in an anthropological and cultural perspective; and the second entitled "Barriers to build the nurse leader: ethno-nursing", referring barriers within the leading nurse construction process. The results presented outline the personal characteristics and situational culture as barriers to exercise leadership by nurses, added to their distorted values, beliefs and commitments and another for presenting legitimizations of the institutional culture that inflict the construction of the nurse as leader. By understanding these barriers nurses must seek innovative alternatives and guidance to overcome them with creativity and motivation from Science and art of caring. Therefore, it is necessary that nurses understand the leadership building process so that they face the barriers in this process. The results of this research allowed to develop knowledge about the difficulties in the development and applicability of leadership in nursing practice, pointing ways for everyday and constant construction of nursing leadership in the different scenarios of operation.

Keywords: Leadership, Ethics, Nursing, Cultural Anthropology, Organizational Culture.

RESUMEN

PEREIRA, Liliane Alves. **La construcción de la líder de la enfermera: un etnoenfermería.** 2016 88p. Tesis (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Río Grande, FURG, Rio Grande / RS.

El proceso de construcción líder enfermera es dinámica, dialogante y cambiante. Esto se debe a las diferentes formas de líder emergentes teorías de liderazgo que impregnaban las generaciones, la construcción de normas, mitos e incluso paradigmas de lo que significa ser un líder y cuál debe ser su comportamiento y actitud. La comprensión de la enfermería como profesión central de espacios de salud, teniendo en cuenta su potencial para el diálogo entre las diferentes profesiones de la salud, es necesario entender el proceso de la construcción líder enfermera, promover el fortalecimiento de la enfermería a través de la expansión de una conciencia profesional, por lo que como los otros elementos vinculados a esta profesión. Ante esta realidad constructiva y procesal, este estudio tuvo como objetivo *comprender el proceso de construcción líder enfermera*, y como objetivo específico para *comprender las barreras presentes en el proceso que lleva la construcción enfermera*. Esta fue la investigación cualitativa desarrollada en un hospital filantrópico en el sur de Brasil a través de una matriz metodológica se centró en etnoenfermería. Informantes generales fueron 51 profesionales del equipo multidisciplinario y de estos, 22 profesionales e informantes clave , 5 enfermeros, 16 técnicos de enfermería y un auxiliar de enfermería . La recogida y el análisis de los datos se llevó a cabo entre julio y diciembre de 2015, cuatro etapas: Fase de recopilación de datos 1 a través de la recopilación y documentación; fase 2 análisis con refinamiento y un enfoque en lo que estaba siendo investigado identificar descriptores y componentes; 3 - fase caracterizada por patrones de comportamiento y análisis contextual y Fase 4 consistió en la síntesis de los datos, la abstracción y las formulaciones teóricas categorías. Se respeta la Resolución 466/12 y fue el proyecto aprobado por el Comité de Ética local bajo la Opinión N° 07/2015. Los resultados se presentaron en forma de dos artículos. El primero, titulado " El proceso de construcción líder enfermera: una aproximación etnográfica ", aborda el proceso de construcción de la enfermera líder del contexto analizado, teniendo en cuenta las relaciones, cultura , medio ambiente, sentimientos , acciones y pensamientos, una perspectiva antropológica y cultural ; y el segundo titulado " Barreras para construir el líder enfermera : un etnoenfermería " , refiriéndose barreras dentro del proceso que lleva la construcción enfermera. Los resultados presentados exponen las características personales y la cultura de la situación como barreras para ejercer liderazgo por enfermeras, añaden a sus valores, creencias y compromisos tergiversados y otro para presentar legitimaciones cultura institucional que infligir la construcción de la enfermera como líder. Mediante la comprensión de estas barreras enfermeras que buscan alternativas innovadoras y orientación para superarlos con la creatividad y la motivación de la ciencia y el arte de cuidar. Por lo tanto, es necesario que las enfermeras entienden el proceso de construcción de liderazgo a fin de que se enfrentan a las barreras en este proceso. Los resultados de esta investigación les permite desarrollar el conocimiento acerca de las dificultades en el desarrollo y la aplicabilidad de liderazgo en la práctica de enfermería, apuntando maneras para que todos los días y la construcción constante de liderazgo de enfermería en los diferentes escenarios de operación.

Palabras clave: Liderazgo , Ética , Enfermería, Antropología Cultural , Cultura Organizacional

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Liderança situacional de Hersey e Blanchard.....	20
Figura 2: Fluxograma de recebimento de pacientes na Unidade São Roque.....	31

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 LIDERANÇA E SUAS ORIGENS.....	16
2.2 ENFERMAGEM E LIDERANÇA.....	23
3. METODOLOGIA: Delimitando o caminho metodológico.....	27
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	27
3.2 APROXIMAÇÃO COM A MATRIZ METODOLÓGICA.....	28
3.3 LOCAL DO ESTUDO.....	30
3.4 INFORMANTES DO ESTUDO.....	32
3.6 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	34
3.6.1 Observação.....	34
3.6.2 Entrevista	37
3.6.3 Análise.....	39
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
4.1 ARTIGO 1	44
4.2 ARTIGO 2	61
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES	84
ANEXO.....	86

1 INTRODUÇÃO

O termo liderança é utilizado com diferentes abordagens e significados, conduzindo a perspectivas singulares que fazem desta habilidade um ideal perseguido nos âmbitos sociais, familiares, empresariais e de prestação de serviços, como é o caso dos hospitais. Através do desenvolvimento da liderança, torna-se possível gerenciar, direcionar e influenciar pessoas e/ou grupos de indivíduos por um conjunto de ideias (SOUZA, 2013; SIQUEIRA, 2014). Assim os diferentes cenários políticos, econômicos e sociais apresentam-se com exigências específicas que fazem destes ambientes celeiros de pesquisas para buscar a melhor forma de exercer a liderança (SILVA, 2014).

Não é possível falar/exercer a liderança sem que ela esteja atrelada a indivíduos em um ambiente cerceado por desafios, riscos, incertezas, promovendo um estímulo na busca por um melhor desempenho (SILVA, 2014). Nesse sentido, o termo liderança pode ser entendido, de forma genérica, como a habilidade de influenciar pessoas na busca de objetivos comuns baseados na política da Instituição.

O termo liderança, durante muito tempo, foi considerado como característico de indivíduos que ocupavam posições hierárquicas altas dentro dos espaços de trabalho, como por exemplo, o cargo de gerenciamento das organizações. Contemporaneamente, a discussão distingue liderança e gerência entendendo que líderes podem ocupar posições em níveis hierárquicos inferiores (VENDEMIATTI et al, 2010).

A evolução histórica do termo liderança permitiu a elaboração e desenvolvimento de uma extensa gama teórica de escolas de pensamento que construíram e aprimoraram o conceito de liderança, modificando-o de acordo com as mudanças decorrentes das evoluções e modificações nos contextos sociais. Atualmente, o conceito de liderança mais recente e aceito é o modelo baseado na teoria transformacional, onde se busca envolver os liderados nas tomadas de decisão, produzindo o reconhecimento de que o ser humano traz consigo valores, crenças e culturas que podem ser de grande valia para o desenvolvimento da Instituição (KAUFMAN; MCCAUGHAN, 2013).

A liderança transformacional está fundamentada nos valores humanos como a base de seu desenvolvimento, unindo a capacidade de motivar e influenciar as pessoas com o estímulo e a consideração que cada um traz em si, contribuindo para o desenvolvimento de ações conjuntas durante a tomada de decisão (BAMFORD-WADE, 2010). Nesse sentido, as diversas transformações presentes nos âmbitos econômico, socioambiental, político, ético e filosófico, caracterizam a complexidade dos tempos atuais, principalmente no campo do

trabalho em saúde. Neste cenário, emerge a necessidade de maior flexibilização e visão ampliada sobre os conhecimentos específicos e inerentes a estes ambientes, além da formação de profissionais que dominem novas competências e habilidades, como liderança, registros de enfermagem, tomadas de decisões, enfrentamento de conflitos dentre outras (AMESTOY, 2010).

A evolução do conhecimento sobre liderança permitiu ampliar a visão da mesma como sendo uma competência que é construída, evidenciando que essa não é uma característica inata, mas adquirida e trabalhada cotidianamente. A principal característica de um líder é a capacidade de motivar a si e a outrem para um objetivo comum, sendo necessário o aprimoramento constante, para que essa característica alcance níveis efetivos de excelência (SILVA, 2014).

As rigorosas exigências vivenciadas no mercado de trabalho, de forma global, refletem-se no ambiente hospitalar, provocando nos profissionais de enfermagem uma busca constante de aperfeiçoamento e desenvolvimento de habilidades atreladas a necessidade do exercício da liderança. Assim, espera-se do profissional a capacidade de gerenciar pessoas e setores, estabelecendo vínculos com outros serviços de apoio, para tanto a liderança apresenta-se como habilidade indispensável no exercício da profissão de forma ética e coerente (AMESTOY, 2012).

As diretrizes curriculares nacionais de Enfermagem elencam a liderança como uma habilidade necessária ao enfermeiro para que este possa assumir posições de liderança no trabalho em equipe multiprofissional, reconhecendo que exercer a liderança envolve responsabilidade, empatia, comunicação, gerenciamento, compromisso e habilidades para tomadas de decisões sempre em busca do bem comum (BRASIL, 2001).

A liderança é entendida como um desenvolvimento pessoal, e requer do enfermeiro uma busca cotidiana de conhecimento do cenário onde está inserido e ao mesmo tempo um conhecimento de si, visto que, o aperfeiçoamento da liderança perpassa as esferas tanto pessoal quanto profissional. Dessa forma, a liderança ética é um importante componente para a criação de um clima favorável, harmonioso e menos conflituoso para o líder, para os profissionais da equipe de saúde e para o paciente (MARKAROFF, 2014).

A contribuição criativa do enfermeiro se torna indispensável para o desenvolvimento de atividades profissionais na área da saúde, sendo esta criatividade fruto de uma síntese das esferas racionais e emotivas, pois o exercício da liderança exige mais que, unicamente, habilidades técnicas. A gerência do cuidado de enfermagem mobiliza ações nas relações, interações e associações entre as pessoas como seres humanos complexos, sendo a

criatividade um elemento importante na associação da emotividade, competência pessoal, valorização profissional e liderança participativa (SANTOS, 2013).

A liderança sendo um constructo entre o profissional líder, sua equipe, e o ambiente institucional onde se esta inserida e o objetivo (razão) da Instituição existir, falar em liderança exige inter-relação entre todos os elementos existentes na cultura organizacional pessoal, coletiva institucional e a líder, pois a líder assume o papel de criar, manter ou readequar modelos de cultura na qual se encontram múltiplos protagonistas, inclusive o próprio líder (BARRETO, 2013).

Essa intrínseca associação entre liderança, ambiente e cultura são percebidos nos contextos de saúde como importantes elementos, no intuito de otimizar a coordenação e direcionamento das equipes, potencializando as ações gerenciais, assistenciais e cuidativas (AMESTOY, 2012). Dessa forma, a liderança na área da enfermagem deve considerar as especificidades dos cenários investigados, levando em conta o conhecimento dos enfermeiros acerca do tema abordado e ainda suas crenças, valores e cultura, bem como, dos pacientes e colaboradores (AMESTOY, 2010; COSTA, 2011).

Neste ínterim, o exercício da liderança torna-se uma ação que potencializa a advocacia em saúde por entender que a advocacia em saúde é um elemento indissociável do cuidado e o enfermeiro, com respeito a cultura, aos valores e as crenças daqueles que foram confiados, busca resgatar a autonomia e a dignidade dos pacientes, influenciando positivamente a equipe para agir de forma coerente e humana (TOMASCHEWISKI-BARLEM, 2015) .

Assim, para abarcar na realidade de um ambiente hospitalar, como cenário de pesquisa, fez-se necessário a utilização de uma metodologia capaz de contemplar as complexidades existentes no campo selecionado para este estudo. Dessa forma, este estudo utilizou a etnoenfermagem como metodologia de pesquisa, haja vista que essa considera a cultura e os valores de cada pessoa importante para o cuidado, valorizando o indivíduo.

O termo etnoenfermagem foi desenvolvido por Leininger na década de 1980, sendo definido como qualitativo e desenvolvido sob a perspectiva das descobertas, na documentação, na descrição, na explicação e na interpretação da visão de mundo, dos símbolos, dos pensamentos, das experiências de vida dos informantes e de como estes fatores influenciam potencialmente o fenômeno do cuidado de Enfermagem (SOUSA; BARROSO, 2008).

O trabalho da enfermagem, à luz da transculturalidade, segundo Leininger (1990), deve perceber o cuidado a partir da cultura, dos valores e das crenças de cada indivíduo, uma vez que, a forma de cuidar pode influenciar e potencializar ou não o processo de cura. Nessa

perspectiva, Leininger (1978) define teoria como um conjunto de conceitos, hipóteses ou proposições, vinculados logicamente e que podem ser comprovados com o propósito de explicar ou prever um fenômeno ou situação. Ainda, refere que as teorias são essenciais para os enfermeiros, pois os auxiliam na compreensão das suas atividades diárias, fazendo-os perceber novas áreas de conhecimento e prática (LEININGER, 1985). Quando as atividades diárias são percebidas como essenciais o líder motiva para uma corresponsabilidade e valoriza o potencial de cada uma nas ações/atividades realizadas.

Como enfermeira assistencial em um hospital filantrópico do extremo Sul do Brasil, percebo o quanto a liderança pode fazer diferença nos contextos profissionais, motivando equipes a realizarem um cuidado de enfermagem qualificado e humano. Ainda, em minhas atividades laborais, identifico o quanto os enfermeiros aparentam possuir dificuldades para exercer o papel de líderes, sentindo-se em muitos casos desvalorizadas e desmotivadas para mudança.

Dessa forma, percebe-se que o enfermeiro vem apresentado dificuldades no exercício da liderança, privilegiando trabalhos burocráticos, deixando que a direção de assistência ou os responsáveis técnicos exerçam papel de organizar, influenciar e tomar decisões. Isto porque muitos enfermeiros acreditam que a liderança é para algumas pessoas que já nascem com ela e não reconhecem que esta é uma habilidade que deve ser construída diariamente.

Buscando nortear esta pesquisa, configurou-se como **questão de pesquisa** “ como ocorre o processo de construção do enfermeiro líder”. Foi **objetivo geral**: “*compreender o processo de construção do enfermeiro líder na perspectiva da etnoenfermagem*”; e **objetivo específico**: “*compreender as barreiras presentes no processo de construção do enfermeiro líder*”:

Este estudo justificou-se, uma vez que a compreensão do processo de construção do enfermeiro líder pode repercutir no fortalecimento da enfermagem, pois a cultura da Liderança não é vista como um processo de construção pelos enfermeiros por acreditarem que apenas as características pessoais como força, autoridade, poder e até beleza definem um bom líder. Outra justificativa é perceber que o modelo hierárquico do ambiente hospitalar e até da profissão podem dificultar na atuação da líder, isto porque, as decisões colegiadas podem ser vistas como uma forma do enfermeiro se esquivar das tomadas de decisões pela equipe, todavia, a liderança transformacional preconiza que as decisões tomadas por todos tendem a ser mais assertivas do que aquelas tomadas por uma pessoa, individualmente (ZAMPIERON, 2013).

Vale ressaltar que muito tem sido escrito sobre liderança ao longo dos últimos anos, dando ênfase aos estilos de liderança que foram emergindo rapidamente na sociedade. Contudo, existe uma lacuna na literatura sobre pesquisas que envolvem liderança, enfermagem e suas interrelações com o ambiente, suas crenças, valores e cultura. Entendendo a liderança do enfermeiro como uma construção permeada por estas influências pessoais e valorativas, faz-se necessário um estudo da liderança contemplando este enfoque.

Por fim, o cenário hospitalar apresenta-se como um desafio ao ato de liderar, uma vez que as equipes de enfermagem são compostas por profissionais de nível superior e de nível médio, e estes últimos necessitam de orientação e supervisão constantes no exercício do cuidado. Desta forma, o líder deve influenciar constantemente a equipe para que as ações de cuidado estejam convergentes com a necessidade dos pacientes, considerando sua cultura, seus valores e suas crenças.

Portanto, a presente pesquisa reforçou sua **relevância** por buscar compreender a construção do processo de liderança do enfermeiro e a valorização da cultura, da ética, dos valores e crenças que podem influenciar no cuidado e nas próprias relações de equipe. Considerando esta realidade, os profissionais poderão ser mais motivados, críticos, éticos, autônomos e atentos a sua condição de ser humano frágil, mas habilidoso e com desejo de ser cada dia mais humano, uma vez que, será reconhecida sua cultura, seus valores e sua forma de interagir com o meio que os envolve e repercutirá numa profissão cada vez mais científica, capaz de unir as habilidades técnicas, humanas e inovações tecnológicas, por conhecerem seu real potencial e sua valorização no cenário social.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 LIDERANÇA E SUAS ORIGENS

Em suas origens, o termo liderança foi usado pela primeira vez em 1939, referindo-se a forma como alguns grupos de indivíduos se posicionavam de forma ativa frente as situações vivenciadas (ARRUDA, 2010). Destaca-se que ao longo da história, os líderes sempre foram percebidos como indivíduos decisivos no desenvolvimento de mudanças ocorridas no contexto do trabalho, uma vez que possuem a responsabilidade de aplicar as práticas de gestão e gerenciamento da força de trabalho (VENDEMIATTI et al, 2010).

As abordagens sobre liderança, por possuírem uma origem atreladas a escolas e correntes filosóficas e por constituírem-se a partir dos contextos sociais, sofreram inúmeras modificações ao longo do tempo (AMORIM, 2010). A abordagens iniciais utilizadas para liderança, foram progredindo a medida que a realidade cultural e social foi se modificando, pois os valores, as crenças, as normas de vida, as práticas sociais e a cultura modificaram-se ao longo da vida e estas modificações foram internalizadas na vida das pessoas inseridas no meio social (LEININGER, 1991).

A medida que novas investigações sobre liderança foram se desenvolvendo, outras vertentes foram evidenciadas, culminando em novos rumos para a temática liderança (ARRUDA, 2010). Questões primordiais tornaram-se cada vez mais presentes, tais como “há pessoas com traços de líderes e não o exercem? Por que em determinadas situações pessoas com traços de líderes não conseguem exercer-los como tais?” Estes e outros questionamentos serviram para minar a teoria do Grande Homem (FERNANDES, U; SOARES, 2013).

Inicialmente, as teorias sobre liderança estavam fundamentadas em dois estilos básicos de executivo: o *chefe* e o líder. O chefe era associado à administração científica do século XX, principalmente no início; e ao behaviorismo, talhado para gerir processos; e o *líder* ligado a corrente/ escolas que estudavam sobre recursos humanos e ao comportamentalismo, voltado para funções menos estruturadas, visto como, uma pessoa carismática, visionária e virtuosa, voltada para os interesses do bem comum (AMORIM, 2010).

O histórico das pesquisas sobre liderança mostra o quanto os estudiosos estiveram à procura de traços ou comportamentos universais, para assim traçar perfis de líderes e conceituar liderança (AKERJORDET; SEVERINSSON, 2010). Verifica-se que o ato de liderar vem acompanhando a humanidade bem antes de existirem as teorias a seu respeito, e o

termo liderança continua sendo definido parcialmente e através dos estudos e em consonância com o tempo em que se está vivendo (ARRUDA, 2010).

A evolução histórica e os estilos da liderança baseada nas Teorias de Administração analisam o papel do líder nas principais escolas da administração e destacam aspectos importantes de cada fase deste processo e as características principais do líder visto como ator no processo de liderança nas diferentes fases e épocas, seja como o centro, na primeira fase, seja como um protagonista interativo, nas fases seguintes (SILVA, 2014).

Em 1939, a liderança foi definida por Barnard, teórico da área da administração, a partir de elementos ligados a traços da personalidade individual como ética, moral e boa comunicação, acreditando-se que o líder era uma pessoa que já nascia com habilidades específicas que o caracterizavam como tal, conhecida como a *teoria da personalidade* ou *teoria do Grande Homem* (ESPER; CUNHA, 2015). Segundo este conceito, as habilidades do líder perpassam características psicossociais, carismáticas e morais tais como: capacidade de influenciar as pessoas, boa oratória, poder de convencimento, comportamento exemplar, firmeza, senso de justiça, adaptabilidade, ambição e características físicas como beleza, altura, idade, originalidade e saúde, sendo limitado seu foco de análise no traço de personalidade, comportamento e poder (AVELAR I. A; TEIXEIRA M. R. C, 2015).

No início de 1940 surge a teoria comportamental, cujo foco era centrado no comportamento do líder, buscando verificar as ações dos líderes diante de situações que emergiam de realidades distintas, e de como eram liderados os colaboradores envolvidos em cada contexto (ANTONELLO, C. S; GODOY, 2010). Nesta época as pesquisas buscaram analisar o impacto dos diferentes estilos de liderança sobre o relacionamento da equipe, revelando três características básicas da liderança comportamental (STEFANO, S. R; GOMES FILHO, 2010).

1. Liderança democrática – definida pela participação/envolvimento dos colaboradores nas tomadas de decisão, pela delegação da autoridade, pela decisão em conjunto e pelo compartilhamento dos resultados. Para a liderança democrática cada membro é corresponsável pela causa que abraçou, tendo a característica de liderar o foco nas relações humanas;

2. Liderança autocrática- caracterizada pela centralidade no líder. A tomada de decisão e os resultados estão sob o comando do líder e ele tem o poder de ordenar e decidir conforme lhe convier e aos subordinados cabem acatar a decisão tomada. Seu foco está na realização das tarefas;

3. Liderança *Laissez-faire*- o líder deixa o grupo a vontade, não possuindo nenhum domínio sobre o grupo. A tomada de decisão e os resultados são dispersivos. O líder com esta característica se mistura no grupo, não é referência para seus colaboradores e não se mostra interessado em exercer o poder que lhe é conferido. Não há foco nem nas tarefas nem nas relações humanas.

Esta concepção de liderança (comportamental) perpetuou por muitos anos, baseando-se nas características individuais e comportamentais, fazendo com que o cenário e as pessoas que o compunham não fossem considerados (ANTONELLO, C. S; GODOY, 2010). Ainda hoje a definição de liderança carrega em si este estigma de focalizar apenas na pessoa do líder e a ele delega-se o poder de decidir ou reconduzir as pessoas que estão sob sua responsabilidade, muitas vezes desconsiderando o clima organizacional e a motivação da equipe que ele lidera (WELDING, 2011).

Nessa perspectiva, a liderança era percebida como a capacidade de um indivíduo a dirigir atividades exercidas por um grupo, visando objetivo comum para o grupo e para a instituição ou ambiente. Para tanto, fazia-se necessário distinguir duas dimensões interdependentes: estrutura de iniciação e estrutura de comportamento (DE MACEDO, 2015).

Nesse sentido, o líder com estrutura de iniciação é aquele que tem a capacidade de estruturar o seu trabalho com o trabalho de seus colaboradores com o objetivo de alcançar as metas definidas pela organização, preestabelecendo prazos reais e possíveis para que sejam alcançados o que fora estabelecido (LANZONI; MEIRELLES, 2011). A estrutura de comportamento baseia-se na confiança mútua, respeitando os sentimentos e as ideias dos funcionários, pois todos trazem consigo diferentes formas de ver o mundo e inserir-se nele e isto reflete impreterivelmente na cultura Institucional (SANTOS, 2013).

Outro clássico da liderança é a teoria de X e Y, nesta teoria a ênfase do poder do líder é determinada pela posição que ele ocupa diante dos subordinados (MICHEL, 2005). Na teoria X as instituições/organizações partem do pressuposto de que os subordinados tem aversão ao trabalho e a responsabilidade. Portanto, o líder precisa controlá-las e motivá-las pela coesão, punição, incentivos financeiros e/ou elogios (MCGREGOR, 1966). Na Teoria Y, o enfoque está na pessoa, considerando que os subordinados são criativos, competentes e responsáveis, acreditando ser o trabalho algo natural como é o lazer, a diversão e o descanso. Para que o trabalho flua com esta naturalidade basta proporcionar-lhes condições necessárias e dignas para o seu desenvolvimento (MCGREGOR, 1966).

Na década de 1970 as influências externas estavam cada vez mais visíveis no exercício da liderança e na atuação dos liderados, assim, surge a teoria da liderança contingencial a

partir das obras de Fred Fielder, introduzindo o conceito de líder adaptativo. Este modelo propõe que a eficácia do desempenho do grupo está diretamente relacionada com o estilo de liderança exercida pelo líder e o grau de controle que ele tem diante das situações que lhe são apresentadas. As três contingências proponentes são a relação entre o líder e os liderados, a estrutura da tarefa e o poder de posicionamento (SULLIVAN; GARLAND, 2010):

1) a relação entre o líder e o liderado deve ser embasada numa relação hierárquica e dialógica, não autoritária em que o líder e o liderado entendam o papel de cada um no desempenho de suas tarefas;

2) a estrutura da tarefa depende necessariamente do número de envolvidos em sua execução, no tempo gasto para ser realizada e na realidade onde ela está inserida;

3) o poder de posicionamento encontra-se na capacidade de cada envolvido responder adequada e responsavelmente ao que lhe for confiado, o que torna vital que o líder saiba posicionar-se como tal dentro dos princípios da corresponsabilidade (DERUE, D; BARNES; MORGESON, 2010).

Igualmente, na década de 1970, surge a teoria da liderança situacional, afirmando que o estilo de liderança de uma pessoa depende do padrão comportamental que ela exerce sobre os liderados e a maneira com que ela se comporta quando procura influenciar o exercício das atividades de outras pessoas (FURTADO; BATISTA; FRANCISCO, 2011). Desta forma, a liderança situacional baseia-se na inter-relação entre o direcionamento oferecido pelo líder e a quantidade e qualidade de apoio emocional e o nível de maturidade dos liderados em relação a tarefa proposta ou a situação a ser resolvida (ZAMPIERON et al., 2013).

Entende-se por maturidade não a experiência ou a idade, mas sim a predisposição em desempenhar as tarefas propostas, estar aberto e disponível para o que for proposto e agir com responsabilidade, a capacidade de autocontrole comportamental, e assim agir com coerência e responsabilidade (PHILLIPS; BYRNE, 2012). A liderança situacional deixa claro que não existe apenas uma vertente para liderar, nem um único modo melhor para influenciar as pessoas, mas que a realidade, o ambiente, a tarefa e os subordinados influenciam diretamente na tomada de decisão do líder e a forma que ele “deve” agir na situação que lhe fora apresentada (SOBRAL, 2008).

A capacidade de determinar, persuadir, compartilhar e delegar são convergências entre a tarefa e o relacionamento que dará ao ambiente um clima (des) favorável ao exercício da atividade em questão, de modo a torná-la (ou não) parte inerente do espaço ou ambiente que se está inserido (VENDEMIATTI, 2010). Desta forma existe uma consonância entre a forma

de liderar e a cultura do ambiente onde os envolvidos estão inseridos, o que permeia sutil e fortemente na tomada de decisão e nos resultados futuros (AMESTOY, 2010).

Na figura abaixo, Hersey e Blanchard (1986), apresentam a correlação entre a tarefa e o relacionamento, indicando que quando a curva chega no seu ponto máximo de equilíbrio o líder consegue uma resposta satisfatória dos liderados quando o relacionamento e a tarefa estão na curva ascendente ou alcança seu pico máximo entre a participação e a persuasão. Este gráfico tem grande impacto na teoria situacional, pois esta teoria tem na maturidade do líder e do liderado o foco para o exercício e a tomada de decisão dependendo da situação em que emerge o conflito ou a tarefa (SOBRAL, 2008).

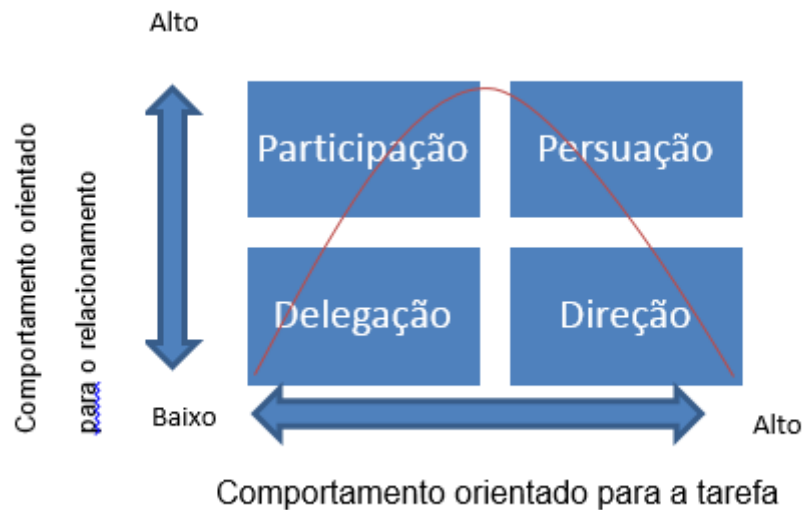


Figura 1 – Liderança situacional de Hersey e Blanchard (1986).

House (1971), afirma que os fatores motivacionais da teoria da liderança Situacional estão associados a percepção de liderados sobre suas recompensas no tocante ao alcance dos objetivos e realização eficiente das atividades, soma-se a isto a confiança de que os caminhos conduzem para um ganho (recompensa) e estes são os que apresentam maiores chances de sucesso. Corroborar a isto, a ideia de que a percepção é subjetiva e como tal cada líder e cada liderado precisa ser visto de forma individual, com sua cultura, crenças e valores, sem com isto perder o foco no objetivo comum que os congrega (WONG, 2013).

Em meados de 1980 surge um novo conceito de liderança denominado como teoria da liderança transformacional, que se diferenciava das outras teorias por ter uma gestão pautada no simbólico, fundamentalmente apoiada sobre valores humanos que irão impactar positivamente nos sentimentos e motivações dos subordinados e tem um direcionamento

voltado para os liderados e não somente para os líderes ou para o ambiente. Este conceito apresenta-se como um paradigma da mudança pós-moderna, voltada para a qualidade como um fator preponderante deste novo estilo de liderar. Este estilo vai se firmando como teoria considerando todo o ambiente e o clima organizacional (BRADY-SCHWARTZ et al, 2011).

O líder transformacional é um apaixonado pelos ideais, inspira, motiva e fomenta nos liderados o desejo de superação, de mediocridade para o bem do ambiente de trabalho e da Instituição, modificando sua visão sobre as coisas, quando necessário, e ajudando os outros a pensarem nos problemas de outra forma a partir da busca de solução dos problemas, sem coação ou culpabilidade, pois tem seu foco na consideração individual e na influência idealizada (BAMFORD-WADE, 2010). Os líderes transformacionais são possuidores de um carisma envolvente e estimulam seus liderados a irem em busca de seus desejos e a crescerem individual e coletivamente para o bem da equipe. Reconhecem a necessidade de estarem em busca de conhecimento intelectual para si e para os liderados (STRAPASSON, 2009).

Diante deste conceito, Bamford-Wade (2010) esquematiza quatro “I”s da liderança transformacional, baseados no estudo de e Butchatsky (1996):

- Influência Idealizada- baseia-se nas crenças e valores individuais com propósito definido;
- Motivação Inspirada- metas pré-estabelecidas, comportamento visionário e previdente e encoraja a outrem;
- Estímulo Intelectual- fomenta o pensamento crítico, a criatividade e a busca por conhecimento sob novas perspectivas;
- Consideração Individual- preocupa-se com o outro e suas necessidades e volta-se para o comportamento do indivíduo.

O esquema dos quatro “I”s revela que a liderança transformacional é essencialmente fundamentada nos valores humanos, tanto os valores que os líderes se construíram com eles ao longo da trajetória pessoal como os valores que os subordinados trazem consigo (BAMFORD-WADE, 2010). Esta convergência faz despontar a busca do líder por estar próximo de seus liderados e fazer com que eles reconheçam sua própria importância e seu papel na execução daquela tarefa/ atividade, desenvolvendo uma governança compartilhada que é um modelo de gestão projetado para promover o controle do líder sobre sua prática e o ambiente no qual ela é realizada (SANTOS et al, 2013).

Quando a liderança transformacional é exercida, a tomada de decisão é distribuída aos demais, independente de seus resultados, fazendo com que a autoestima dos liderados seja

equilibrada e a corresponsabilidade almejada. Esta relação de interatividade faz com que os colaboradores se envolvam nas metas e planos já traçados (SALANOVA et al, 2011). Os resultados finais, de uma equipe liderada a partir da liderança transformacional, são aprendizado contínuo, confiança, competência e compromisso, desta forma, o trabalho será rentável e prazeroso (BAMFORD-WADE, 2010).

As teorias sobre liderança progrediram até a atualidade, consolidando-se como um elemento de grande importância no mundo dos negócios, sendo suas transformações impulsionadas pela globalização, terceirização e informatização, que impactam diretamente na forma de liderar daqueles que estão à frente de uma instituição e ou negócio (SILVA, 2011).

A evolução histórica das teorias de liderança corrobora no sentido de perceber a sua influência temporal e cultural, os costumes, a cultura e a subjetividade, tendem a ditar as regras de atuação do líder na orientação e execução das tarefas, assim como na tomada de decisões e relações entre subordinados e seu ambiente (BARRETO et al, 2013).

Outro fator importante na evolução das teorias é a tendência atual de voltar seu olhar e estudos para a teoria da liderança transformacional que busca a convergência entre o poder do líder e a motivação dos liderados sendo que este último exerce um papel fundamental na efetivação e execução das tarefas e no cumprimento de metas, pois as decisões a serem tomadas não são absolutizadas e os modelos de liderança sempre sofrerão influências do meio (PAULA, 2012).

Assim, a liderança se conceitua a partir da realidade e da época em que ela é exercida, sendo um conceito dinâmico, variável a partir da situação, vista como um processo social, inserida em grupos sociais e influenciada pela mudança de época (SILVA, 2011). Neste olhar, a ciência política pode dar grandes sinais para a liderança, explorando várias vertentes como poder, contra poder, boicote, disciplina, controle, imagem, adequação entre os fins e os meios, sendo importante saber discernir a realidade do líder nas relações organizacionais e sua idealização (AMORIM, 2010).

Por fim, a liderança é um conceito fundamental na área da enfermagem, mantendo-se ainda controverso e de uma definição difícil e tênue, imbricada na capacidade de influenciar as pessoas para uma finalidade de bem comum para o grupo que se está inserido, perpassando diferentes realidades, e considerando para tanto, o meio, os sujeitos, o ambiente, o trabalho, a equipe e o objeto em questão (AKERJORDET, 2010).

2.2 ENFERMAGEM E LIDERANÇA

No tocante à enfermagem, muito tem sido pesquisado em teses, dissertações e estudos em geral, demonstrando que a habilidade de liderar requer muito mais do que perfil intrínseco ou nato, exigindo acima de tudo criatividade e disposição de aprender a influenciar pessoas, pois o líder deve ser capaz de evoluir através da aquisição de novos comportamentos e atitudes (KURCGANT, 2005; PEREIRA 2015). Nesta perspectiva, liderança é uma competência que deve ser construída pelo enfermeiro, pois esta tem sob responsabilidade direta a equipe de enfermagem e de forma indireta outros serviços que auxiliam no cuidado ao paciente (FURANKAWA, 2011).

No processo de trabalho em saúde, a equipe de enfermagem desenvolve múltiplas ações, destacando-se as de cuidado, de gerenciamento, de pesquisa e de educação (AMESTOY, 2010). Cada ação de enfermagem possui objetivos específicos de acordo com cada processo particular, visando, de uma maneira geral, o bem-estar do ser humano, destacando-se que o cuidado do ser humano, em sua complexidade, tem sido apontado como objeto epistemológico da enfermagem, pois a fragilidade do ser humano tende a ser potencializada no momento de doença (GELBCKE, 2008).

Neste sentido, percebe-se que a liderança está atrelada ao autoconhecimento, a uma visão ampliada de si mesmo, a coragem de reconhecer quem se é verdadeiramente, virtudes e limitações, fazendo com que o profissional seja coerente no desenvolvimento do exercício profissional ético e autônomo, bem como um compromisso ontológico no cuidado e com aqueles que lhe são confiados, sejam equipes ou pacientes (SIMOLA; BARLING; TURNER, 2010). A busca de aprimoramento no exercício da liderança pode facilitar a coordenação e direcionamento das equipes, potencializando as ações gerenciais, assistenciais, educativas e cuidativas, estimulando-as a buscar um objetivo comum (AMESTOY, 2012). A gerência do cuidado de enfermagem mobiliza ações nas relações, interações e associações entre as pessoas como seres humanos que vivenciam a organicidade do sistema complexo da qual se esta envolvido, pois quando o enfermeiro líder se reconhece como sujeito no processo de cuidar, a equipe desenvolve a habilidade de diálogo e de acolhida (SANTOS, 2013).

A líder se desenvolve como tal a partir do relacionamento interpessoal, agregando a ele a cultura, os valores sociais e crenças e assim busca influenciar ativamente os colaboradores na busca do objetivo comum. (ZAMPIERON et al, 2013). Destacam-se como habilidades necessárias para o desenvolvimento da liderança: relacionamento interpessoal, diálogo, escuta, comunicação, capacidade de motivar e influenciar para mudança (MOURA,

2013). O líder precisa ser capaz de estabelecer uma comunicação franca, clara e responsável pautada em um relacionamento interpessoal saudável (GARCIA, 2009; MOURA, 2013).

A liderança como habilidade para o relacionamento interpessoal destaca-se como um perfil necessário no sentido de buscar influenciar ativamente as pessoas na busca de um objetivo comum (ZAMPIERON et al, 2013). Destacam-se como habilidades necessárias para o desenvolvimento da liderança: relacionamento interpessoal, diálogo, capacidade de motivar e influenciar para mudança, através do estabelecimento uma comunicação franca, clara e responsável pautada em um relacionamento interpessoal saudável (GARCIA, 2009; MOURA, 2013).

A liderança em enfermagem é um processo de construção pessoal que requer habilidade para o relacionamento interpessoal efetivo, tomada de decisão conjunta e corresponsabilidades (ENEH, 2012). O relacionamento interpessoal esta atrelado a um conhecimento de si mesmo e uma forte influência cultural, uma vez que a subjetividade do indivíduo está construída a partir da realidade social, valores e crenças que o forma, cotidianamente (WANG, 2011).

O líder deve ser capaz de reconhecer suas próprias fragilidades e ser capaz de ajudar os outros a superar as suas, percebendo que o conhecimento de si consiste no primeiro passo para poder conhecer o outro e trabalhar em equipe, pois o autoconhecimento disponibiliza ao líder a oportunidade de reconhecer seus pontos fortes e aprimorá-los, identificando as fragilidades e buscando a superação de si e de outrem (AMESTOY, 2010). Treeyaphan (2011), evoca a maturidade emocional como um elemento essencial para liderar, pois a profissional que desenvolve esta habilidade apresenta senso de justiça nas tomadas de decisão e nas resoluções de conflito e é flexível diante das múltiplas opções que emergirem.

Na enfermagem, muitas vezes a liderança é confundida com o autoritarismo, e o relacionamento interpessoal fica relegado a um poder de mando instituído em que o subordinado só tem o dever de executar a tarefa imposta pela autoridade exigindo respeito e obediência por acreditarem que possuem algum tipo de influência sobre os demais, em decorrência de sua posição social, econômica, cargo, titulação, entre outros (AMESTOY, 2010; 2011).

Nesse sentido, o ato de liderar deve ser visto como um exercício prático e complexo que necessita estabelecer relações de confiança, respeito e proatividade, bem como estabelecimento de vínculos pautados na ética e valores humanos, não devendo ser percebida como uma ação praticada em um momento específico, mas componente do cotidiano de quem a exerce com coerência (COSTA, 2011).

Dessa forma, torna-se essencial uma articulação ativa entre liderança e comunicação para o favorecimento dos enfermeiros na proposição de aprimoramentos organizacionais e na resolução de conflitos (PAULA, 2012). Criar um bom relacionamento e diálogos efetivos entre as equipes exige extensa comunicação com os subordinados, em vista de que eles se percebiam como importantes na busca de resultados e na resolução dos conflitos existentes nas equipes multiprofissionais que atuam no ambiente de trabalho (JOHANSSON, 2010).

Vale recordar que o relacionamento interpessoal vai além do relacionamento saudável estabelecido com a equipe da qual o enfermeiro é responsável, ele está intimamente ligado com o relacionamento multiprofissional e com os serviços de apoio, sendo capazes de liderar em momentos de crise de forma compartilhada com os demais e usando o artifício de influenciar as pessoas de forma positiva, como característica principal da líder (PAULA, 2012).

A satisfação no ambiente de trabalho tem se tornado uma necessidade vital para que as profissionais de enfermagem possam exercer suas atividades com maestria (PEREIRA, 2015). Isto porque o clima organizacional propicia a estes profissionais desenvolverem sua capacidade de ajuda mútua, estabelecendo laços de coleguismo entre os profissionais, promovendo um ambiente saudável para o trabalho, através do estabelecimento de elos de confiança e enfrentamento de conflitos. (MOURA, 2013).

A confiança vai sendo construída, quando o líder aprende a se conectar com a equipe através de feedback, demonstrando seu prestígio pela equipe através de práticas de reconhecimento ou recompensas (ENEH, 2012). No sistema de reconhecimento, o líder manifesta-se, constantemente, frente ao trabalho desempenhado pelos funcionários, através de comunicação tanto verbal como escrita; já no sistema de recompensas, os funcionários são contemplados com bônus financeiros, promoções, ou ainda a recompensa psicológica, que considera e reconhece a qualidade do trabalho desempenhado pelo profissional, assim como os esforços realizados (SILVA, 2013). Estes vínculos construídos tornam o trabalho da enfermagem mais leve, favorecem o diálogo e facilitam a colaboração entre os membros da equipe (WANG, 2011).

Dessa forma, é importante que o enfermeiro exerça a liderança situacional nos ambientes diferentes, com pessoas diferentes, para que sejam tomadas decisões coerentes e seja favorecida a ética e estética, a cultura, os valores e as crenças de cada colaborador, considere-se também a beleza e leveza que estes momentos de tensão podem proporcionar futuramente aos que estão envolvidos (AMESTOY, 2010).

Esta adaptação as necessidades dos indivíduos e ambientes, tende a aumentar a confiança dos subordinados na líder, podendo fazer com que as ações desenvolvidas sejam comunicadas de forma eficiente e as mudanças sejam abraçadas por todos (AMESTOY, 2010), pois as decisões sofrem a influência do meio, da cultura, da organização e dos anseios dos colaboradores (PAULA,2012). A participação do profissional na tomada de decisão e partilha do sucesso do trabalho realizado, é uma forma de inclusão e promovendo a percepção de um profissional importante neste processo e faz com que todos sejam protagonistas de ações pertinentes ao cuidado do paciente e a organização do ambiente em espírito de colaboração (COSTA, 2011; TREEYAPHAN, 2011).

A valorização profissional torna a equipe mais unida, aberta ao novo e flexível às mudanças, em contrapartida, a imposição, o mando, o exercício do poder verticalizado tende a transformar o ambiente de trabalho em um local insalubre e o processo decisório fica relegado unicamente a figura da autoridade (ENEH, 2012). Dessa forma, compete a líder a responsabilidade de direcionar o processo, visando um resultado que desmanche a cultura do medo, onde o comprometimento dos subordinados só ocorre por medo ou receio de perderem o emprego, e não por acreditar na importância de suas ações (AMESTOY, 2010).

Dessa forma, para que haja satisfação no ambiente de trabalho, é necessário que se estabeleça uma comunicação dialógica entre membros das múltiplas equipes que compõem os espaços de cuidado (TSAI, 2011). A comunicação é uma ferramenta importante para que os enfermeiros e demais profissionais tenham sucesso no desenvolvimento de suas ações, pois amplia a segurança no desempenho de suas atividades através dos comunicados, solicitações, informativos protocolos e conversas informais (SILVA,2014).

Assim, o líder deve reconhecer que para se trabalhar com eficácia e eficiência, é necessário a participação de todos os envolvidos, sendo a possibilidade de falibilidade um elemento que deve ser trabalhado no sentido promover a agregação da equipe e não o contrário (JOHANSSON, 2010). O líder deve ser capaz de investir na qualificação de seu grupo contará ainda com pessoas eficientes e seguras que proporcionam aos pacientes resultados positivos e aptos a lidar com crises e gestão de riscos, estabelecer um ambiente de trabalho harmonioso, reconhecendo o valor de ser uma profissional de enfermagem e atenta a sua importância no cenário hospitalar (MABOKO, 2011; SU, 2011).

3 METODOLOGIA: Delimitando o caminho metodológico

3.1 TIPO DE ESTUDO

A matriz metodológica deste estudo utilizou-se da pesquisa qualitativa, que se caracteriza pela compreensão de forma ampla do comportamento humano, definidos a partir de si mesmos. Marcus e Liehr (2001) apontam que neste tipo de pesquisa o pesquisador deve esforçar-se em apreender a experiência humana e apresentá-la de modo que os outros possam entender. Nesse sentido, a sua escolha se justificou pela possibilidade de explorar todas as dimensões da singularidade humana que pudessem auxiliar a pesquisadora a entender o sentido do seu estudo.

A metodologia utilizada nesta pesquisa para coleta e análise dos dados foi a etnoenfermagem, pesquisa baseada nos pressupostos da etnografia adaptada para o estudo dos fenômenos da enfermagem por Madeleine Leininger. Define-se etnoenfermagem como o estudo e a análise dos fenômenos de enfermagem, considerando o ponto de vista das pessoas, crenças, valores, cultura, as visões do mundo e o modo de ser de cada um (LEININGER, 1990).

Falar em Madeleine M. Leininger é reavivar a memória de que esta foi a primeira enfermeira profissional com graduação em enfermagem a receber um título de Ph.D. em antropologia cultural e social, na Universidade de Washington, em 1959. Além de ser professora de enfermagem, formou-se antropóloga e pesquisadora do atendimento humano no Colleges of Nursing and Liberal Arts, Wayne State University. A etnoenfermagem tem recebido reconhecimento internacional de estudiosos em Enfermagem e em campos relacionados, graças a sua pesquisa, publicações, consultorias, cursos e palestras (GEORGE, 1993).

Leininger, na década de 50, ao trabalhar num lar de crianças provenientes de diversas nacionalidades, verificou que as mesmas queriam ser cuidadas de maneiras diferentes. A partir daí, desenvolveu a teoria transcultural do cuidado, na qual considera que o cuidado ao ser humano é universal, isto é, o ser humano, para nascer, crescer, manter sua vida e morrer, precisa ser cuidado, porém cada cultura, de acordo com seu ambiente e estrutura social, terá sua própria visão de saúde, doença e cuidado (BOEHS, 2001).

Leininger (1978) desenvolveu uma teoria capaz de contemplar o cuidado transcultural, iniciando sua busca por compreender como a cultura influencia no modo de entender a saúde, a doença e o modo de cuidar. A mesma define a enfermagem transcultural da seguinte forma:

“ (...) um ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e as práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença”. (LEININGER, 1978, p.15).

A Teoria Transcultural de Leininger tem como propósito e objetivo descobrir significados, usos, e funções culturais do fenômeno do cuidado humano, usando estes conhecimentos para fornecer um cuidado benéfico as pessoas de diversas culturas do mundo. O seu objetivo é conhecer a natureza da enfermagem, sua essência e propósitos sociais, desenvolver e melhorar o cuidado de enfermagem, que tem funções culturais universais e específicas (LEININGER, 1985, p. 265).

Assim, em seus estudos, Leininger (1978) define teoria como um conjunto de conceitos, hipóteses ou proposições, vinculados logicamente, e que podem ser comprovados com o propósito de explicar ou predizer um fenômeno ou situação. Também refere que as teorias são essenciais para as enfermeiras, pois as auxiliam na compreensão das suas atividades diárias, fazendo-as perceber que a utilização de uma teoria ao cuidado pode ser aplicada na prática e tornar significativa a enfermagem como profissão (LEININGER, 1985).

Desta maneira, torna-se essencial reconhecer que a antropologia é capaz de ajudar a equipe de enfermagem a prestar um cuidado holístico e humanizado, tendo como princípio básico o conjunto de inter-relações de conceitos e hipóteses que respeitam os comportamentos, os valores, as crenças dos indivíduos e dos grupos na execução do cuidado. E desta forma, reconhecer os aspectos culturais para atender as necessidades humanas de modo significativo, considerando as peculiaridades oriundas do modo de vida de cada indivíduo.

3.2 APROXIMAÇÃO COM A MATRIZ METODOLÓGICA

A etnoenfermagem, como metodologia de pesquisa no cenário hospitalar, permite analisar a forma de liderança exercida pelos enfermeiros e suas influencias na advocacia do paciente, considerando a importância das relações interpessoais para o estabelecimento de ações pautadas num clima organizacional favorável ao cuidado ético, eficaz, efetivo e humanizado (ALLEN, 2013).

Nesta perspectiva a liderança está relacionada à forma com que as pessoas se relacionam consigo mesmas, com os outros e com o meio. Assim, a cultura, as crenças, os

valores e o próprio conceito de saúde e doença, faz com que cada pessoa usufrua de sua individualidade para definir o que é liderança e como exercê-la no meio em que está inserida (BRADY-GERMAIN; CUMMINGS, 2010). Vale ressaltar que o processo de subjetividade é construído a partir de uma realidade pré-definida em que a pessoa está inserida e/ou foi introduzida desde a infância, também nos ambientes sociais em que cada um frequenta e no contexto de trabalho que atua (MALLOY; PENPRASE, 2010).

A liderança compõe-se de traços pessoais, estilos, motivação, organização das decisões e visão de futuro, como elementos não excludentes, mas elementos que constituem e formam o ser humano cotidianamente a partir das experiências vividas e das projeções que são feitas ao longo da vida, reconhecendo em cada tempo seus potenciais e suas fragilidades, elemento fundamental para a maturidade pessoal e profissional. A etnoenfermagem colabora nesta visão quando reconhece o ambiente e o cuidado cultural como maneiras pelas quais as pessoas olham o mundo ou o universo e formam um pressuposto ou atitude de valor acerca de suas vidas, reconhecendo a si mesmos no caminho pessoal que vão trilhando (LEININGER, 1998).

A troca afetiva, a amizade, o convívio cooperativo, a reciprocidade construída no meio social, podem favorecer a compreensão, os laços de compromisso e desenvolver valores morais (SILVA, 2013). Todavia, a forma de interiorização dos valores e da cultura de cada profissional define como cada um percebe e age frente ao cuidado, pois existe uma diversidade de valores, o que contribui para a existência de conflitos inerentes às relações humanas (AKERJORDET, 2010).

Perceber que a liderança passou por transformações conceituais e sociais em virtude das influências culturais e econômicas de cada época faz com que o exercício da liderança tenha a interferência do meio social e cultural onde se está exercendo, mas que também influencia no ambiente, como um jogo de ações e reações, influenciando o meio que a influencia (BRADY-GERMAIN; CUMMINGS, 2010).

Contudo, o propósito primordial da liderança está relacionado à forma com que as pessoas se relacionam consigo, com os outros e com o meio, assim, a cultura, as crenças, os valores e o próprio conceito de saúde e doença, faz com que cada pessoa usufrua de sua individualidade para definir o que é liderança e como exercê-la no meio em que está inserido, como fora mencionado anteriormente (MALLOY; PENPRASE, 2010).

Os profissionais com suas características de subjetividade, construídas a partir da realidade sociocultural, podem assumir um papel de liderança diferente: alguns supervisionam os demais, exercem o controle sobre o outro; outros não exercem porque supõem que as

peças saibam seus compromissos e responsabilidades; alguns preferem assumir as funções do outro, ao invés de delegá-las, para evitar o confronto (AVELAR; TEIXEIRA, 2014).

Assim, a etnoenfermagem torna-se uma metodologia motivadora por estimular na pesquisadora a influência que o cuidado transcultural baseado nos valores e crenças de cada indivíduo pode contribuir na construção do enfermeiro líder e reconhecer nas ações/ atitudes desenvolvidas por ele, se revelam ou não ações de líder e advocacia em favor do paciente.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O Local do estudo foi na Associação Hospitalar Santa Casa do Rio Grande, local de atuação profissional da pesquisadora, responsável técnica da enfermagem, e apresenta variáveis como atendimento a pessoas de etnias e culturas diferentes (estrangeiros, portuários e trabalhadores do polo Naval provenientes de outros estados do país). Esta instituição oferece serviços de alta complexidade, sendo referência nas áreas de Cardiologia, Oncologia, Psiquiatria, Traumatologia, Neurocirurgia, Centro de Queimados, buco-facial e Cirurgia Vascular, sendo composta por *um Hospital Geral, um Hospital Psiquiátrico e um Hospital Cardiológico*, totalizando 23 setores. Destes há três Unidades de Tratamento Intensivo (UTI's), duas emergências, três blocos cirúrgicos, totalizando aproximadamente 500 leitos.

Neste universo, a equipe de enfermagem atua com 132 enfermeiras, 433 técnicas de enfermagem e 39 auxiliares de enfermagem, totalizando 604 profissionais. Oferece ainda serviços médicos, de psicologia, assistência social, banco de sangue, laboratório, farmácia, nutrição e dietética, higienização, lavanderia e demais serviços de apoio e de diagnósticos imagens.

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade São Roque. Esta foi escolhida por ser uma unidade clínica com 43 leitos que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os pacientes internados nesta unidade apresentam patologias diversas, inseridas no rol das patologias clínicas como acidente vascular cerebral, pneumonia, diabetes mellitus descompensado, hipertensão arterial sistêmica e doença pulmonar obstrutiva crônica, dentre outras. A figura 2 apresenta o fluxograma de recebimento de pacientes da unidade São Roque:

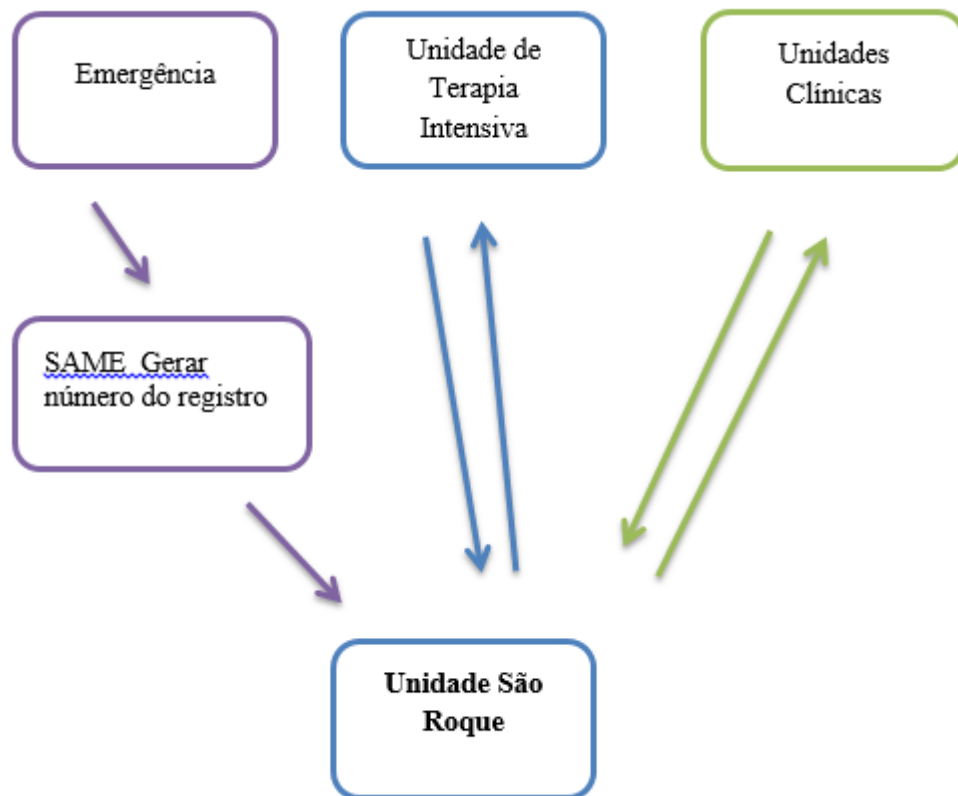


Figura 2: Fluxograma de recebimento de pacientes da unidade São Roque

O fluxo da Unidade demonstra que os pacientes são provenientes da Emergência do Hospital Geral, para eles é gerado um número de registro de internação no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), deste setor emerge o leito que o paciente se hospitalizará. Outro fluxo são os pacientes provenientes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em que os pacientes ao receber alta/ transferência são encaminhados à Unidade São Roque e permanecem com o mesmo número do registro que estavam no setor anterior (UTI).

Eventualmente pode ocorrer a mudança de Unidade mantendo o mesmo registro e diferenciando o número do leito. Nos dois últimos fluxos mencionados pode ocorrer caminho inverso em que os pacientes são provenientes da Unidade São Roque e são encaminhados para a Unidade de Terapia Intensiva e/ou para outra Unidade Clínica. A Unidade São Roque não recebe pacientes eletivos diretos, uma vez que, atendem exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e mantém uma taxa de internação – demanda espontânea- de 85 a 90% de ocupação.

A equipe de enfermagem da unidade é composta por: uma enfermeira assistencial, quatro técnicas de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem pela manhã; uma enfermeira e quatro técnicas de enfermagem à tarde e uma enfermeira e quatro técnicas de enfermagem

em cada noite. Uma enfermeira administrativa atua também nos turnos manhã e tarde, com a função de gerenciar a unidade.

O relacionamento multiprofissional da equipe perpassa as profissões de farmácia, que recebe as prescrições aprazadas e dispensa as medicações conforme o aprazamento diário, e duas vezes por semana é liberado um pedido de materiais e insumos como seringas, luvas e álcool para a realização do trabalho semanal. A enfermeira solicita o material à farmácia que separa e fornece à enfermeira para a conferência do que fora solicitado. No que se refere a equipe da nutrição há uma funcionária responsável pela nutrição na unidade a qual utiliza um mapa de dieta realizado pela enfermagem sobre o tipo de nutrição a ser dispensada, livre, hiper, normo ou hipossódica, hiper, normo ou hipocalórica em consonância com a nutricionista responsável por aquela Unidade, que avalia o paciente na internação e quando solicitada pelo médico responsável.

O serviço de lavanderia tem rotina fixa na entrega de insumos e materiais de cama e banho de forma a otimizar o serviço. Outros serviços, como assistência social, manutenção, psicologia, são solicitados, quando necessário, pela enfermeira para a resolutividade da atividade pela qual o profissional fora solicitado.

Os exames de imagem e diagnóstico (Raios-X, tomografia, ressonância Magnética, Cintilografia, etc) são realizados via Sistema Único? de Saúde (formulários próprios do SUS) e são marcados previamente com os serviços supracitados que conforme o agendamento e a necessidade/ urgência solicita o paciente. Quem transporta este paciente é um funcionário contratado para este fim, mas não é exclusivo do setor, e quando necessário a equipe de enfermagem acompanha e/ou transporta. A Unidade possui ainda leitos destinados aos médicos residentes da Clínica médica que atendem ininterruptamente neste setor com seus respectivos preceptores.

3.4 INFORMANTES DO ESTUDO

O número de informantes foi definido espontaneamente, de acordo com a adesão dos trabalhadores, mediante a manifestação de seu interesse. O número total de participantes foi de 51 informantes gerais e 22 informantes chaves a partir do preconizado por Leininger (1985b).

Os informantes chaves do estudo foram as enfermeiras e as técnicas e auxiliares de enfermagem que trabalham nos turnos manhã, tarde e noite na unidade selecionada, totalizando cinco enfermeiras e 16 técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem. Os

informantes gerais foram todos aqueles que influenciam diretamente nas ações dos enfermeiros no ambiente de trabalho facilitando ou não o processo de liderança, sendo cinco enfermeiros, 16 técnicos em enfermagem, duas auxiliares de enfermagem, 18 médicos residentes, três preceptores, cinco auxiliares de nutrição e duas funcionárias da higienização.

A seleção dos informantes baseou-se na identificação dos trabalhadores na Unidade São Roque que demonstraram algumas interferências essenciais na compreensão do exercício da liderança pelos enfermeiros. Já a seleção dos informantes chaves foi processada após a primeira análise das observações. Na fase de observação não participante, houve atenção às ações e atitudes de todos os profissionais que atuavam na referida Unidade uma vez que eles poderiam contribuir para a compreensão do exercício da liderança pelos enfermeiros. Observou-se o potencial das profissionais em revelar ações/ atitudes de líder ou não; como enfrentam as situações de conflito? Como ocorre a resolução de problemas assistenciais? Atuação do processo dialógico; tomadas de decisões.

Estas questões nortearam a seleção dos informantes chaves, pois tanto as atitudes positivas como as atitudes negativas identificaram o profissional como informante chave. Estes totalizaram 22 profissionais de enfermagem, sendo 5 enfermeiros, 16 técnicos em enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem. Duas enfermeiras estavam cobrindo férias e auxílio doença e não participaram da pesquisa até o final, duas técnicas de enfermagem se desligaram da Instituição e uma auxiliar foi remanejada para outro setor antes do término da pesquisa.

Ainda, foi oportunizado aos informantes chaves um espaço diferenciado para a realização da entrevista, na própria Instituição, para que eles pudessem falar com tranquilidade e sem interferências. Todavia, a maioria decidiu, em comum acordo, com a pesquisadora permanecer no local em que atua, apenas tivesse uma privacidade para responder as perguntas de modo que não houvesse interferência no momento da entrevista, mas não se ausentasse do recinto de trabalho

Em relação a diversidade de tempo de experiência de trabalho que varia de 5 meses a 8 anos, a maioria exerce dupla jornada de trabalho, trabalhando em outras Instituições locais ou em outra cidade ou em atividades diferentes do exercido no local da pesquisa.

O total de participantes foi determinado pela saturação dos dados, vivenciada pelo pesquisador, quando a coleta de dados não produziu novas informações. Leininger (1990, p. 43) refere que a saturação é: “a evidência de ter obtido tudo o que pode ser conhecido ou compreendido por um fenômeno sob estudo”. Redundância é um termo intimamente ligado à saturação no que se refere à tendência de obter dados similares, repetidos ou duplicados, com

ideias, significados, descrições e outras expressões humanas de informantes ou do contexto do estudo.

3.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Abordar a liderança em enfermagem é adentrar em um universo em que as produções evocam as características pessoais do líder, muitas vezes, associada a ela, está o clima organizacional. As observações iniciaram em julho de 2015 e encerraram em novembro do mesmo ano, perfazendo um total de 24 turnos de trabalho e de 65 horas variando entre 3 a 5 horas de observação. As entrevistas ocorreram de novembro a dezembro de 2015, e variaram entre 45 minutos e 2 horas. A pesquisa foi realizada sob a perspectiva qualitativa, inspirada na proposta da etnoenfermagem de Leininger, tendo como método da coleta de dados a observação e a entrevista.

Segundo Silveira, (2009) a etnoenfermagem se compõe de 9 fases distribuídas em três momentos distintos, mas concomitantes, sendo quatro fases de observação, uma fase de entrevista e quatro fases de análise de dados, distribuídas didaticamente, mas que interagem entre si ao longo do desenvolvimento da pesquisa. Leininger (1985 b, p 52) apresenta quatro fases de observação, a serem implementadas na etnoenfermagem, sendo que cada fase poderá ajudar o pesquisador a tomar ciência de seu papel e estudar os dados de forma sistemática e progressiva. Sendo que, a lógica da observação (primeiro) para a participação (por último) reflete um enfoque mais claro e pratico na pesquisa etnográfica.

3.5.1 Observação

Após a seleção dos informantes, iniciou-se a observação dos trabalhadores no cotidiano de suas atividades, na relação com os pacientes, com os familiares e acompanhantes, com os colegas entre si, com a administração e com os serviços de apoio. Observando como os enfermeiros exercem a liderança no ambiente de trabalho e com os diferentes atores do processo de cuidado.

Assim é importante destacar alguns questionamentos que balizaram a observação, tais como: qual o potencial das profissionais em revelar ações/ atitudes de líder ou não; como enfrentam as situações de conflito? Como ocorre a resolução de problemas assistenciais? Todos estes a partir de uma atuação do processo dialógico; tomadas de decisões. Estas questões nortearam a seleção dos informantes chaves, pois tanto as atitudes positivas como as

atitudes negativas identifica o profissional como informante chave, visto que, a decisão de opor ou omitir por si só já é uma posição.

As fases de observação se expressam da seguinte maneira: observação não participante, observação participante sem interferência, observação participante e observação reflexiva. Estas fases são intercaladas com a entrevista e as fases de análise como percurso metodológico.

Primeira fase da observação (observação não participante): foi aquela em que o pesquisador buscou realizar observações próximas e ou distantes (SILVEIRA, 2009). Nesta primeira fase a pesquisadora inseriu-se no cotidiano dos informantes, obtendo uma visão mais aprofundada do contexto cultural do Setor.

Utilizou-se um diário de campo para anotação de todos os movimentos, atitudes, comportamentos, posturas, gestos, sentimentos e reações frente às mais variadas situações vividas pelos informantes da pesquisa, com enfoque na liderança, adotou-se um guia de observações (anexo II) para nortear a observação. Cabe salientar que a pesquisadora pode colocar-se mais próxima dos trabalhadores a fim de ouvi-los, procurando conhecer de perto a percepção sobre a realidade, em vista, da pesquisadora conhecer os profissionais e transitar nesse ambiente, em outros momentos predecessores a pesquisa, sendo um fator importante para que esta fase se iniciasse com tranquilidade.

Dessa forma, por precaução, as primeiras visitas da observação não participante não foram contabilizadas, uma vez que, a pesquisadora precisou que os funcionários se acostumassem com sua presença no setor de forma diferente do habitual, para que a função que ela exerce na Instituição não impactasse nos resultados.

As observações iniciais aconteceram no posto de enfermagem, nos diversos turnos e horários de trabalho, em diferentes dias, somando-se oito horas, sendo duas horas por turno. Durante as observações em si, foram registrados os aspectos mais importantes no diário de campo e gravado em aparelho as falas e movimentações do setor, logo após, a pesquisadora afastava-se para realizar os registros complementares.

Percebeu-se que os trabalhadores se sentiram motivados a participar da pesquisa, deixando transparecer que a escolha da Unidade significava para eles um privilégio ao mesmo tempo em que poderiam se expressar no que se referia ao exercício da liderança do enfermeiro e as interfaces que poderia emergir desta pesquisa.

Segunda fase da observação: foi o momento em que a pesquisadora começou a interagir com os informantes e observou suas respostas. Nesta fase a observação se tornou mais ativa, buscando os lugares em que os sujeitos do estudo se fazem presentes, sem,

contudo, interferir de forma direta nas atitudes e comportamentos que desses ambientes surgirem. Observou-se as tomadas de decisões, atuação e ações de liderança pertinentes ao cuidado e a advocacia do paciente, os enfrentamentos de conflito, relações dialógicas com os diferentes valores e culturas dos pacientes que necessitam de cuidado, as ações de liderança e as influências motivadoras nas relações com equipes multiprofissionais.

Todavia, a observação continuou com foco mais importante, no momento em que a pesquisadora começou a participar de algumas questões pertinentes ao objeto de estudo (LEININGER, 1985 b, p. 53). Assim, foi interagindo com os sujeitos, observando seu fazer e suas reações referentes ao exercício da liderança, acompanhando os informantes em suas atividades, de modo que a pesquisadora permaneceu mais tempo com os informantes de forma individual e observou atitudes que pudessem subsidiar a pesquisa e conversou informalmente com eles.

Esta fase foi intermediária, de modo que, a observação continuou sendo priorizada, mas a pesquisadora esteve mais próxima dos trabalhadores e participando de algumas decisões, levantando alguns questionamentos referentes a atitudes tomadas, participando de algumas discussões e observando as respostas e/ou os comentários que eram feitos nos ambientes de atuação. Os informantes já estavam familiarizados com a pesquisadora e suas atitudes e ações não foram divergentes do que é no cotidiano.

Na *terceira fase de observação*: O pesquisador “torna-se um participante mais ativo e a observação tende a diminuir porque é difícil observar com frequência todos os aspectos que estão ocorrendo, enquanto se participa das atividades das informantes”, devendo-se manter atento à condição de observação, (LEININGER, 1985 p.53).

Nesta fase foi realizada uma observação participativa em que houve interferência direta da pesquisadora. Ocorreu a identificação de semelhanças e diferenças no modo de ser e agir dos profissionais, visões de mundo, crenças, valores e na tomadas de decisões (MCFARLAND, 2012). Percebeu-se como estes profissionais exercem a liderança a partir da cultura individual e da cultura organizacional, e de diferentes modos de advogar em favor do paciente, seja em vista de uma capacitação ou de uma proteção do paciente.

A importância desta fase, segundo Silveira (2009) é favorecer um “momento de intimidade, planejando a entrevista e estabelecendo um ambiente de confiança e harmonia entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa”. Nesta fase a pesquisadora estabeleceu maiores vínculos de confiança com os informantes, pois, o tempo de permanência da pesquisadora com os informantes se tornou mais prolongado e a internalização do que está sendo pesquisado vai tomando dimensões e formas. Este é um elemento importante das fases

subsequentes da etnoenfermagem, estabelecer vínculo com os informantes e permanecer longos períodos no ambiente da pesquisa.

Assim, durante a realização de ações conjuntas, foi possível saber um pouco mais sobre os sentimentos e significados atribuídos pelos informantes, favorecendo cada vez mais o envolvimento entre a pesquisadora e trabalhadores, em vista do exercício da liderança e seus impactos na assistência ao paciente. As observações e intervenções da pesquisadora foram anotadas e/ ou gravadas para posterior análise do material, subsidiando a construção do guia de entrevista semiestruturada.

Na *quarta fase*: o pesquisador fez observações reflexivas, “significa ‘olhar para trás’ reflexivamente sobre o que acontece e recapturar a situação e o processo total do que aconteceu”, avaliando as informações encontradas (LEININGER, 1985). Nesta etapa, o pesquisador deve avaliar a sua própria influência, obtendo uma ideia apurada e mais honesta do que fora colhido, deve-se saber ouvir e observar (MCFARLAND, 2012).

Os registros das observações foram feitos através de gravações, anotações e escritas em diário de campo, buscou-se direcionar o olhar e as observações para o comportamento e ações globais dos informantes como: diálogo, postura profissional, modos de agir, tom de voz, mudanças bruscas de comportamento frente aos desafios, serenidade, atuação e ações de liderança pertinentes ao cuidado e a advocacia no diálogo com o paciente ou com o acompanhante, valorização do diferentes com gestos e atitudes e acolhida do colaborador novo no setor de trabalho.

A pesquisadora retomou tudo o que já havia sido observado, escrito, gravado, e entrevistado, avaliando as informações obtidas e as próprias impressões deixadas no ambiente, qual a influência da própria pesquisadora em tudo o que foi produzido, possibilitando um re-olhar e reavaliação dos dados encontrados através da avaliação do que foi encontrado.

3.5.2 Entrevista

Esta fase correspondeu ao período da entrevista, que ocorreu concomitantemente a terceira etapa da observação. Teve como objetivo aprimorar os dados coletados durante as observações, corrigindo possíveis falhas, esclarecimentos dando maior segurança e fidedignidade na coleta e análise dos dados (LEININGER, 1985). Possibilitou ainda, um diálogo mais duradouro e aprofundado com cada informante chave no tocante ao exercício da

liderança pelo enfermeiro e o processo de crescimento da própria equipe do setor em vista do objetivo comum.

Conhecendo amplamente a realidade dos informantes e do setor pesquisado, utilizou-se a entrevista semiestruturada, em que as questões foram formuladas para nortear as discussões para questões mais específicas, provocadas pelos dados já colhidos na observação, procurando compreender como ocorre a construção da liderança pelo enfermeiro e suas ações cotidianas para este fim, pautados nas ações cotidianas, detalhes exemplos e contextos específicos, possibilitando a interpretação de ideias, declarações, sentidos e significações (LEININGER, 1985b).

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, com duração média de 45 minutos a 1 hora e 30min, sendo as mesmas agendadas e combinadas previamente, mediante acordo entre os informantes e a pesquisadora. Cada roteiro de entrevista foi planejado individualmente para cada informante a partir das observações de suas ações. Antes da realização da entrevista, realizava-se uma releitura do diário de campo sobre as anotações do informante que seria entrevistado. Para garantir a fidedignidade das falas, as informações foram registradas por gravações em aparelho de áudio mediante a autorização dos participantes e, logo após a entrevista, transcritas, iniciando-se, de imediato, o processo de análise dos dados.

As ações observadas foram a base dos questionamentos, possibilitando que a pesquisadora aprofundasse algum questionamento em vista da percepção dos gestos feitos pelos informantes ou ainda, pela necessidade de apreender subsídios mais claros sobre o que estava sendo dito, a pesquisadora solicitou: cite exemplos, fale mais sobre isto ou sugira a fim de validar os dados obtidos e observados antes, ou ainda, deixando caminhos abertos para que o informante tivesse a liberdade de aprofundar o que ele ainda tinha a oferecer.

Esta abertura favoreceu um clima agradável nas entrevistas possibilitando ao informante contar algumas histórias pessoais e profissionais que revelavam sua crença e seus valores fora do ambiente de trabalho. Isto fez com que pudesse se consolidar a certeza de que os valores e as crenças são aliados essenciais na construção da liderança, pois eles norteiam o fazer do enfermeiro no cuidado ao outro, na organização do ambiente de trabalho e na relação com os diferentes colaboradores.

Os gestos como afirmação, ênfase, aprofundamento, sorrisos e acolhida, sacudir a cabeça, são expressões relevantes para estabelecer com o entrevistado um diálogo de confiança intimidade e acolhida do que está sendo compartilhado, pois a entrevista traz em si momentos de muita emoção e vivências pessoais (MCFARLAND, 2012). Diante disto a

pesquisadora entrevistou de forma individual cada participante delimitando apenas o período de duração desta fase, mas não o tempo de cada entrevista.

Na etnoenfermagem, o pesquisador pode aproximar ideias sobre o comportamento ou respostas obtidas nas observações. Assim, “estruturar questões da entrevista ou domínios de tópico ajuda o entrevistado a saber de onde o entrevistador vem ou a situação contextual e seus significados explícitos ou implícitos” (LEININGER, 1985 b, p. 55). É importante que a pesquisadora pense como estruturar questões, sem com isto fecha-las em si mesmas, mas faz-se necessário que esteja disponível para ouvir, demonstre interesse, de modo a compartilhar informações específicas e gerais, sendo essencial a empatia para entrar no mundo, cultura ou situação do sujeito (LEININGER, 1985 b).

Este legado deixado pela etnoenfermagem fazer com que o pesquisador ao adentrar na realidade do pesquisado obtenha dele as informações, observações e entrevista necessárias para a pesquisa, considerando, além do que fora visto, a cultura, os valores, as crenças e a própria construção social do pesquisado, ofertando ao pesquisado a reverência que lhe é de direito em vista da pessoa que ele se faz cotidianamente (ALLEN, 2013).

3.5.3 Análise

Na etnoenfermagem, a análise dos dados inclui o que é dito e observado, as posturas, gestos, sentimentos, as expressões, a compreensão de valores e as crenças que norteiam as ações dos sujeitos, reunidos para obter uma visão total do fenômeno a ser estudado (MCFARLAND, 2012). Deve-se estar atento para semelhanças e diferenças, incluindo “aspectos de estruturas sociais: valores políticos, familiares, sociais, econômicos, religiosos e práticas de cuidados” (LEININGER, 1985b, p. 58). O uso dos diferentes métodos qualitativos favorece a obtenção de uma visão mais ampla dos dados na etnoenfermagem, por exigir uma visão ampliada da realidade.

Para apreender as informações e compreender o que estava sendo estudado foi necessário o movimento de ir e vir, lendo e relendo e refletindo sobre os achados de forma a confrontar frequentemente o que fora observado com as anotações e o áudio durante a coleta de dados. Posteriormente, foi possível categorizar as temáticas obtendo a compreensão do exercício da liderança pelos enfermeiros, suas ações e atitudes pautadas nos valores e crenças pessoais, na influência social e institucional para a tomada de decisão, bem como, os valores e crenças da equipe multiprofissional e dos pacientes que são assistidos por eles, permitindo observar nestas nuances a construção pessoal do ser líder.

Leininger propõe que na etnoenfermagem as informações sejam analisadas em quatro fases, utilizando-se de critérios específicos e congruentes com o paradigma qualitativo (LEINIGER, 1990). Esta divisão tem por finalidade estruturar um processo de estudo, entretanto, as fases interligam entre si, provoca um vai e vem, de modo envolvente, para que em cada fase os dados sejam confrontados e analisados com o que já fora visto, ouvido e anotado no diário de campo.

Primeira fase: foi direcionada a obtenção dos dados brutos, através da coleta e documentação. Nesta fase a análise é proveniente da primeira e segunda observação não participante e participante, respectivamente, em que os dados são colhidos a partir dos informantes gerais, utilizando para a análise a gravação em áudio, o diário de campo e o guia de observação. Depois de ler e reler as informações, procurou-se realizar explicações, interpretações e indicadores atribuídos ao exercício da liderança pelo enfermeiro, identificando-os como informantes chaves. Contudo, a equipe de enfermagem mostrou-se como informantes chaves por relacionar-se intimamente com o enfermeiro e por apresentar-se líder e/ou provocar nele, muitas vezes, a necessidade do exercício da liderança.

A segunda fase: teve seu enfoque voltado para um refinamento do que estava sendo pesquisado, com identificação de descritores e componentes. Considerando que o exercício da liderança exige atributos como diálogo, enfretamento, tomadas de decisões, enfretamento de conflitos, capacidade de influenciar para o objetivo comum, inter-relações com os serviços de apoio e setores afins (bem como reconhecer o outro com cultura e valores diferentes do seu), estes atributos refletem como os enfermeiros exercem a liderança ou ainda, vão se construindo como líderes de um setor.

A cultura do setor exerce uma influência bastante significativa nas relações com os demais setores do hospital, pois os profissionais de enfermagem que ali trabalham vão cultivando uma cultura de reciprocidade em vista da complexidade que tem o setor e suas dimensões estruturais (pacientes com diversas patologias) e físicas (número de leitos). Assim, os dados obtidos nesta fase já foram categorizados e sub-categorizados para, posteriormente, compor as categorias de análise.

Ao término desta fase foi realizado um roteiro de entrevista semiestruturada com enfoques gerais e com situações específicas de cada informante chave de acordo com as observações pontuais, considerando expressões pessoais, frases repetidas, visão da realidade do setor. Assim, apesar de possuir um roteiro, para as entrevistas, foi possível entrevistar cada trabalhador mediante informações e observações frente ao modo de como exercia suas ações, sendo fomentado a expressar: como exerce ou exerceria a liderança? Exemplifique um

cuidado a partir da cultura do paciente; diante de um conflito como e quem exerce a liderança? Nas divergências no cuidado, quem advoga em favor do paciente? Para você quem exerce a liderança no setor pesquisado? Qual a característica principal de um líder para você? você a possui?

A terceira fase: caracterizou-se por padrões de comportamento e análise contextual. Nesta fase, os dados obtidos nas entrevistas foram analisados, comparados e organizados, concomitantemente com as sub-categorias anteriores, para descobrir padrões de comportamento e significados estruturais. Procurou-se evidenciar as temáticas mais significativas dentre as que foram abordadas, de modo a resgatá-las e aprofundá-las, com os informantes. A devolução dos dados para a validação foi realizada mediante a apresentação das interpretações, componentes ou sub-categorias aos informantes, discutindo e refletindo sobre os achados de modo a dar consistência e credibilidade aos dados obtidos e compor as categorias.

A quarta fase: constituiu-se da síntese dos dados, da abstração de categorias e formulações teóricas. Esta fase exigiu síntese de pensamento, abstração e descoberta de temáticas importantes, com análise criativa de dados das fases anteriores, utilizando um olhar bastante aguçado para as questões culturais, valores e crenças, sendo estes elementos primordiais na construção de cada pessoa, assim como, nas inter-relações com o ambiente social, político econômico e de trabalho. No tocante ao exercício da liderança, não pode ser diferente, uma vez que, a liderança é influenciada pelo meio e o influencia simultaneamente, considerando que não ser líder sozinho, o exercício da liderança só tem sentido quando for nas inter-relações e com objetivo comum, bem definido.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo faz parte do macroprojeto intitulado “*Advocacia do paciente e Coping na enfermagem: possibilidades de exercício de poder mediante vivências de sofrimento moral*”, o qual tem como objetivo ampliar o conhecimento sobre os problemas morais no contexto brasileiro. Tal projeto foi aprovado na Chamada Universal 2012 (processo 474761/2012-6), submetido à avaliação do Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) e do comitê de Ética na Pesquisa da FURG, CEPAS/FURG (Anexo I), recebendo parecer favorável (Parecer Nº 97/2013). Ainda, foi encaminhado para avaliação do comitê de ética e pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (Anexo II), onde foi desenvolvido a pesquisa, sendo autorizado a partir do parecer Nº 07/2015 (Anexo III). Foi

realizado um contato prévio com os trabalhadores durante o próprio turno de trabalho, explicando os objetivos e a metodologia do presente estudo, fomentando nas profissionais o interesse pela temática e pela pesquisa e a presença desta no cotidiano de suas ações.

Dessa forma, foram respeitados na íntegra os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) e apresentou-se um documento à Superintendência e coordenação de enfermagem da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande solicitando a permissão para o estudo e aos informantes gerais envolvidos na pesquisa o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

Ainda, foi entregue aos trabalhadores da saúde um documento prestando esclarecimentos quanto a pesquisa a ser realizada, solicitando o seu consentimento livre e esclarecido, por escrito, para participar do trabalho (Apêndice B), assegurando o respeito aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa, deixando uma via com a pesquisadora e outra com o profissional. Os participantes foram informados de que poderiam abandonar a pesquisa em qualquer momento de suas fases sem nenhum prejuízo para si, solicitando seu consentimento para a divulgação dos dados de forma anônima, comprometida com teor ético perante as informações obtidas durante o desenvolvimento da pesquisa.

Foi preservado o anonimato dos informantes do estudo, sendo as falas dos sujeitos representadas pelas letras relativas ao cargo que exercem na instituição, seguidas de um algarismo arábico referente a ordem de realização da entrevista. Assim, foi utilizado a letra “E” para enfermeiro; “T” para os técnicos em enfermagem e “A” para os auxiliares de enfermagem e a letra “R” para os residentes, não sendo mencionando os turnos de trabalho ou nada que facilitasse sua identificação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os dois artigos construídos a partir dos dados obtidos na pesquisa. O primeiro, intitulado “O processo de construção do enfermeiro líder: abordagem etnográfica” o processo de construção do enfermeiro líder foi obtido a partir do contexto analisado, considerando-se as relações, sentimentos, ações e pensamentos, O segundo artigo, intitulado “Liderança: desafios para a construção do enfermeiro”, refere-se a segunda etapa da pesquisa, onde foi possível identificar as barreiras presentes no processo de construção do enfermeiro líder.

4.1 ARTIGO 1

O processo de construção do enfermeiro: abordagem etnográfica¹**Liliane Alves Pereira****Edison Luiz Devos Barlem****Resumo**

Objetivo: compreender o processo de construção do enfermeiro líder na perspectiva da etnoenfermagem. **Método:** Pesquisa qualitativa baseada nos pressupostos da etnoenfermagem, sendo desenvolvida em um hospital filantrópico no extremo sul do país, em um setor clínico assistencial com 22 profissionais da equipe de enfermagem. A coleta de dados foi realizada de julho a novembro de 2015 em nove fases da etnoenfermagem. Análise dos dados foi feita de forma simultânea e concomitante as fases de observação, conforme preconizado. **Resultados:** emergiram três categorias que caracterizam a construção do enfermeiro líder: 1) advocacia em saúde, 2) relações interpessoais e 3) exercício da autonomia. **Conclusão:** a compreensão do processo de construção do enfermeiro líder constitui-se um elemento importante no exercício da profissão, pois abre horizontes para a valorização profissional e reconhecimento do ser e fazer do enfermeiro como uma pessoa que cuida de outra pessoa.

Descritores: Liderança; Enfermagem; Ética em enfermagem

¹ Artigo a ser enviado para a revista Latino Americana de Enfermagem. Normas disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/rlae/pinstruc.htm>

Introdução

O conceito atual do termo liderança encontra-se diretamente relacionado com as escolas de administração, tendo sua evolução atrelada aos modelos administrativos. Outros importantes fatores que promoveram essa evolução da liderança, foram as transformações sociais, políticas, econômicas, éticas e filosóficas que a sociedade vem passando ao longo dos últimos anos, direcionando a percepção do ser líder na mesma direção⁽¹⁻²⁾.

Dessa forma, a liderança é um conceito dinâmico, instável e variável a partir da situação e contexto épico em que está inserida, sendo definida a partir da realidade social e do contexto histórico em que se vive⁽³⁾. Existe um sistema de influência mútua no conceito de liderança, onde, a liderança é influenciada pelo meio, assim como também o meio a influencia, em uma relação de mutualidade, intermediada pela complexidade das relações que as alimentam.

As rigorosas exigências vivenciadas no mercado de trabalho têm refletindo-se nos ambientes hospitalares, fazendo com que os enfermeiros busquem maior aprimoramento profissional, desenvolvimento de habilidades gerenciais e de inter-relações e dentre estes a habilidade de liderança, pois os enfermeiros têm sob sua gerência espaços de saúde e sob sua liderança profissionais prestadores de cuidados⁽⁴⁾. Nesta singularidade em que tem se tornado o ambiente hospitalar, emerge, portanto, a necessidade de maior flexibilização e visão ampliada da realidade para que se possa oferecer um cuidado humanizado, ético e eficaz⁽¹⁾.

Dessa forma, a liderança como habilidade para o relacionamento interpessoal desponta como um perfil necessário no sentido de influenciar ativamente as pessoas para a busca de um objetivo comum, necessitando para o seu desenvolvimento a capacidade de relacionamento interpessoal, diálogo, e influência motivacional para promover mudanças⁽⁵⁾.

Visualizar a liderança em enfermagem dentro desta complexidade, é perceber que seu conceito desponta como uma ferramenta fundamental para o exercício profissional, pois o aprimoramento do comportamento ético do profissional enfermeiro passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva. A liderança do enfermeiro deve estar fundamentada na ética para que os resultados também sejam direcionados para tal⁽⁶⁾.

A liderança ética é um importante componente para a criação de um clima favorável, harmonioso e menos conflituoso para toda a equipe de profissionais que compõem os serviços de saúde, assim como para o paciente. Nesta perspectiva, os valores alcançados pela enfermagem, ultrapassam a percepção do paciente e da instituição, e alcançam a comunidade de forma global, ampliando a visibilidade do profissional no olhar da liderança ética⁽⁷⁾.

Os enfermeiros, em sua maioria, são conhecedores do termo liderança, conceituando-o através de elementos como comunicação eficaz e eficiente, ética e busca de aperfeiçoamento profissional, como atributos essenciais para um líder. Contudo embora a liderança seja conhecida pelos profissionais enfermeiros, o seu exercício mostra-se ainda restrito apenas à administração da instituição. Todavia, o exercício da liderança exige colaboração e consciência, de modo que se possa ser ampliado, na medida em que se compreende liderança como uma forma de influenciar pessoas para a obtenção de um objetivo comum⁽²⁾.

Outro elemento que merece destaque é o fato de que a liderança não é um atributo inato do profissional, mas sim uma construção pessoal que emerge no decorrer de um treinamento exercido. Esta liderança carismática é a liderança transformacional, em que o líder vai se construindo e se apaixonando pelos ideais, sendo capaz de inspirar, motivar e fomentar nos liderados o desejo de superação, otimização e evolução⁽⁸⁾, modificando assim, sua visão sobre as coisas e direcionando para a solução de problemas a partir da busca de alternativas desenvolvidas em conjunto, considerando as individualidades e anseios de cada um⁽⁴⁾.

Estas ações de construção coletiva fazem com que liderados reconheçam sua própria importância e seu papel na execução de uma tarefa/atividade, desenvolvendo uma governança compartilhada que é um modelo de gestão projetado para promover o controle do líder sobre sua prática e o ambiente no qual ela é realizada⁽⁹⁾. Desta forma faz-se necessário compreender o processo de construção do enfermeiro líder, uma vez que os elementos envolvidos neste processo como compromisso, responsabilidade, comunicação, gerenciamento e tomadas de decisões só podem ser mensuradas a partir de uma realidade específica⁽¹⁰⁾. A construção do enfermeiro líder, exige constantes transformações, aperfeiçoamentos, buscas de novos conhecimentos, visão situacional do ambiente e acima de tudo, capacidade de decidir, direcionar e apontar caminhos. A partir do manifesto, o presente artigo teve como **objetivo compreender o processo de construção do enfermeiro líder na perspectiva da etnoenfermagem.**

Metodologia

Pesquisa com caráter qualitativo, desenvolvida a partir da etnoenfermagem, baseada nos pressupostos da etnografia adaptada para o estudo dos fenômenos de enfermagem. A etnoenfermagem pode ser desenvolvida como o estudo e a análise dos fenômenos de

enfermagem, considerando o ponto de vista das pessoas, crenças, valores, cultura, as visões do mundo e o modo de ser de cada um⁽¹¹⁾.

A pesquisa foi desenvolvida em uma unidade clínica situada em um hospital filantrópico do sul do país, composta por 43 leitos que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os pacientes internados nesta unidade apresentam patologias diversas, sendo provenientes da cidade sede e de outras cidades, assim, possuem etnias e culturas diferentes (estrangeiros, trabalhadores portuários e clientes provenientes de outros estados do país).

Os participantes da pesquisa foram classificados em informantes chaves e informantes gerais, de acordo com a forma de participação que tiveram na pesquisa. Os critérios de inclusão para informantes chaves foram: estar no ambiente de trabalho nas fases de observação e entrevista e após a primeira fase da observação revelar atitudes/ ações de liderança, seja no diálogo, na comunicação, nas tomadas de decisão.

Os informantes chaves totalizaram 22, sendo 5 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem. Os informantes gerais foram todos aqueles que influenciam diretamente nas ações dos enfermeiros no ambiente de trabalho facilitando ou não o processo de liderança, sendo estes 18 residentes de clínica médica, três preceptores, cinco auxiliares de nutrição e três funcionárias de higienização, somados aos 22 profissionais de enfermagem ditos acima, totalizando 51 informantes gerais. Duas enfermeiras estavam cobrindo férias e auxílio doença e não participaram da pesquisa até o final, duas técnicas de enfermagem se desligaram da Instituição e uma auxiliar foi remanejada para outro setor antes do término da pesquisa.

As observações ocorreram de julho a novembro de 2015, perfazendo um total de 24 turnos de trabalho, num total de 65 horas em que a observação variou entre 3 a 5 horas de observação. As entrevistas iniciaram em novembro e terminaram em dezembro do corrente ano, variando entre 45 minutos e duas horas de duração. Após a seleção dos informantes, observou-se os trabalhadores no cotidiano de suas atividades, na relação com os pacientes, com os familiares e acompanhantes, com os colegas entre si, com a administração, com os serviços de apoio, observando como os enfermeiros exercem a liderança no ambiente de trabalho e com os diferentes atores do processo de cuidado.

Conhecendo a realidade dos informantes e do setor pesquisado, utilizou-se a entrevista semiestruturada, em que as questões foram formuladas para nortear as discussões para questões mais específicas, provocadas pelos dados já colhidos na observação, procurando compreender como ocorre a construção da liderança pelo enfermeiro e suas ações cotidianas

para este fim, pautados nas ações cotidianas, detalhes exemplos e contextos específicos, possibilitando, a interpretação de ideias, declarações, sentidos e significações⁽¹²⁾.

Esta fase correspondente ao período da entrevista, que ocorreu a partir da terceira etapa do período de observação, teve como objetivo aprimorar os dados coletados durante as observações, corrigindo possíveis falhas, esclarecimentos dando maior segurança e fidedignidade na coleta e análise dos dados⁽¹³⁾.

A análise dos dados respeitou as fases preconizadas pela etnoenfermagem, que propõe que as informações sejam analisadas em quatro fases, utilizando-se de critérios específicos e congruentes com o paradigma qualitativo⁽¹¹⁾. Esta divisão tem por finalidade estruturar um processo de estudo, entretanto, as fases se interligam, provocando um vai e vem de confrontos e análises com o que já fora visto, ouvido e anotado no diário de campo, facilitando a compreensão das fases a partir da análise sistemática e processual⁽¹⁴⁾.

Após a segunda fase de observação, deu-se início a fase da análise do material coletado, essa fase se manifesta da seguinte forma: fase um (análise dos dados brutos), fase dois (refinamento do que está sendo pesquisado), fase três (padrões de comportamento e análise contextual) e fase quatro (síntese dos dados, da abstração de categorias e formulações teóricas)⁽¹²⁾

De acordo com os aspectos éticos foi preservado o anonimato dos informantes do estudo, sendo utilizado a letra E para enfermeiro seguido de algarismo arábico referente a ordem de realização da entrevista. Assim, para os técnicos em enfermagem foi utilizado a letra T, e para o auxiliar de enfermagem foram indicados pela letra A, e os residentes com letra R, não mencionando turnos de trabalho ou nenhum outro elemento que pudesse identificar os participantes. O presente estudo foi submetido ao comitê de Ética local (parecer 97/2013).

Resultados

A partir da análise dos dados, que compunham as quatro fases da etnoenfermagem, emergiram três categorias relacionadas a construção do enfermeiro líder: 1) Relações interpessoais 2) Exercício da autonomia 3) Advocacia em saúde .

Relações interpessoais

Nesta categoria foi possível observar que relações interpessoais possuem um grande potencial para o desenvolvimento do enfermeiro líder, uma vez que a liderança em enfermagem se entrelaça e se constrói fundamentada numa comunicação clara e efetiva entre os profissionais e com os pacientes e demais serviços de apoio das Instituições hospitalares.

A comunicação clara do enfermeiro faz com que os usuários e as equipes de saúde se sintam confiantes e busquem informações importantes que subsidiem o cuidado. Esta comunicação é um fator essencial no cotidiano do enfermeiro líder, pois quando o líder estabelece vínculo de confiança com o paciente e sua equipe a chance de sucesso nas tomadas de decisões aumentam.

Eu já administrei dipirona e tramal no paciente e falei com a familiar. Ela está consciente de que não posso ficar dando mais medicações para ele tão seguido. A gente conversou e ela também acha que o intuito dele é tomar morfina, mas não tem nem prescrito (E2).

Eu sempre escuto minha enfermeira, ela vem e diz as coisas para a gente aprender, e quando está errado ela fala também, ela não fica de conversinha, ela fala logo. No começo eu até achei que ela era arrogante, mas não ela só diz para a gente o que a gente tem que saber, ele ensina muito (T5).

Os enfermeiros líderes precisam interagir constantemente com os serviços de apoio, estabelecer uma comunicação clara com vínculos de confiança que os faça prover insumos, materiais e/ou suportes essenciais para o cuidado humanizado ao paciente, e que dê conta da demanda do setor. Esta inter-relação do enfermeiro líder com os serviços de apoio faz com que o líder se perceba como aquele que precisa de outros para desenvolver suas atividades e tomar decisões que favoreçam o clima organizacional da unidade. Assim a liderança só pode ser concretizada na relação com os outros.

Será que eu poderia falar com a farmacêutica, é porque a gente terá que ver como ficará as caixas dos Se Necessários (SNs). Estas medicações tem um uso muito grande aqui na Unidade e nós precisamos definir como será, mas eu preciso de um posicionamento dela, pois fica impossível ir na farmácia a todo instante busca-las, não temos recursos humanos para isso... Levamos a caixa uma vez por turno com a etiqueta do paciente que usou a medicação para que a farmácia possa dar saída nas medicações (E1).

Os setores com internação mantêm um vínculo de ajuda mútua entre si, onde estabelecem uma relação de suporte nos momentos mais tensos e críticos dos turnos de trabalho. A interação entre os enfermeiros ocorre através da troca de informação, experiências e/ou materiais para que a assistência não fique prejudicada e possa tomar as decisões mais acertadas.

A enfermeira colega, vai me dar os copinhos e eu já vou lá pegar, isto aqui eu pedi na farmácia ela disse que tem para me emprestar e os outros materiais ela me falou que chegou na farmácia então eu posso ir buscar (E3)

Liguei para a colega, pois eu nunca tinha feito esse procedimento aqui e nenhuma de nós não sabíamos como fazer. Em seguida, ela veio e me ajudou, ela me mostrou como a gente faz, pois eles têm muito paciente cirúrgico e fazem isto com frequência, nós não. Outras vezes, elas me chamam e eu vou ajudar. Ninguém sabe tudo mesmo (E1).

Esta partilha da realidade faz com que o enfermeiro líder encontre apoio nos colegas que exercem a mesma função e se fortaleça no crescimento pessoal e profissional, pois a maturidade é uma característica essencial para o desenvolvimento da liderança e está só é alcançada quando a pessoa interage com outra. Outro elemento importante no exercício da liderança é o reconhecimento da profissão, pois esta faz com que o enfermeiro almeje sempre mais a capacidade de motivar os outros à luz do que ele acredita ser as razões da profissão.

Foi possível verificar durante as observações realizadas, a importância do enfermeiro para as diferentes ações/atividades do cuidado, sendo possível perceber que outras profissões da saúde pautam suas ações de acordo com o cuidado desenvolvido pela enfermagem.

Eu escuto muito a enfermeira, pois ela quem nos diz a evolução dos pacientes. Às vezes, ela é exigente e cobra muito da gente, mas eu entendo, pois é ela que está sempre do lado do paciente e sabe das necessidades dele (T1).

Eu vi pedir a enfermeira para dar uma olhada no meu pai, pois ela é muito competente, da outra vez que nós estávamos aqui ela ligou duas vezes para o médico e disse que era para ele vir avaliar meu pai (A1)

Logo, as relações interpessoais são componentes essenciais ao exercício da liderança, pois a interação com os outros faz com que o enfermeiro líder se delimite espaços de atuação e perceba suas potencialidades e fragilidades na atuação profissional.

Quando ela percebe que tem algum conflito ela vem logo e fala que a gente pode não ser as melhores amigas, mas que aqui a gente é profissional e precisamos trabalhar juntas e nos respeitar, só uma vez que eu vi ela sendo mais ríspida com a colega (T8).

A imagem da enfermagem tem impacto sobre a postura profissional e o exercício da liderança no ambiente hospitalar. À medida em que a enfermagem se reconhece protagonista do processo de cuidar, conseqüentemente ela vai internalizando sua atuação de líder nos diferentes cenários. Isto pode ser notado quando questionado a equipe técnica de enfermagem quem para eles era a liderança daquela Unidade em estudo e estes apontam a enfermeira como tal.

Exercício da autonomia

Nesta categoria foi considerada a equipe multiprofissional para o exercício da autonomia, pois o enfermeiro na relação com os outros consegue demonstrar conhecimento,

habilidade para resolver conflitos, reconhecimento de colaboradores e respeito à individualidade pessoal e de outrem. Assim, é apresentado a partir dos valores que levaram cada indivíduo a escolher sua profissão e construir uma imagem condizente com as crenças, valores e cultura de cada profissional, baseado nos objetivos que os fizeram estar atuando hoje no cuidado do paciente na sua integralidade. No exercício da liderança a individualidade se torna uma expressão essencial, pois é o espaço onde o profissional define quem ele é e quais ações são priorizadas por suas condutas.

O paciente está dormindo, levanta a cabeça, olha para mim, vamos para a cama, quer ir para a cama”. Realidade em que o paciente só tem a enfermagem por ele, ele precisa de um cuidado diferenciado o que faz com que a profissional diga: “jamais vou sair da minha casa para vir ao hospital fazer serviço pela metade, eu venho porque sei que os pacientes que estão aqui precisam de mim (T7).

Os valores que cada profissional traz consigo faz com que as relações multiprofissionais sejam balizadas pelo objetivo comum, uma vez que nem sempre, o que um profissional pensa ou quer fazer, seja de consenso ou aceito pelo colega. Nesta realidade o enfermeiro líder exerce o papel de mediador fundamentado nos pressupostos de que o paciente é o maior bem da Unidade e é por ele que cada um optou profissionalmente. Quando o líder percebe que sua equipe deve ser motivada à luz do reconhecimento profissional, com estímulos, com cooperação e com acessibilidade ele encoraja na equipe o exercício da autonomia, pois ele possibilita que o profissional exerça seu papel com inteireza, com ética e com paixão.

Eu já passei por muitas unidades deste hospital, mas eu nunca tinha me deparado com uma enfermeira assim, ela diz para a gente você pode fazer e se você não sabe eu vou lá com você eu ajudo, mas é você quem vai fazer, pois você é capaz (T3).

A própria equipe de assistência deixa transparecer que a enfermagem é a propulsora do cuidado e solicita ajuda dos enfermeiros para realizar suas solicitações, os médicos tem na enfermeira uma aliada, ela pode expressar o que pensa a respeito do cuidado e muitas vezes são ouvidas. Assim, a equipe de enfermagem possui um respaldo para tomar decisões em benefício do paciente, fazendo com que a liderança seja uma presença marcante no cotidiano da Unidade e uma corresponsabilidade nas ações de cuidado. Observou-se ainda, que os profissionais médicos, respeitam e acatam as decisões dos enfermeiros mesmo quando estas não são conforme o que eles tinham idealizado.

O residente me perguntou: você avaliou aquele curativo, enfermeira? Será que é bom um desbridante ou cicatrizando? Eu respondi: ainda tem necrose é melhor um desbridante”(E2).

Eu disse para o médico que se ele falou que ia deixar uma pomada, que deixasse então, pois não tem esta de falar e não fazer, tive que ligar para ele, não gostou muito, mas fez. A paciente está com muito prurido, eu penso que seja alergia (E5).

A própria enfermagem como ciência capaz de estabelecer no ambiente de trabalho fluxos e tomadas de decisões em prol da profissão, precisa reconhecer-se como autônoma nas atribuições que lhes são confiadas, mas não introjetar em si um papel de subalternidade como é visto muitas vezes.

Eu disse para ele, não mesmo, este procedimento é função da medicina, e eu não vou fazer, depois que você tiver feito eu venho e faço o curativo, este é de minha responsabilidade o outro não. Eles pensam que podem mandar na gente, não mesmo, eu estudei assim como ele estudou só que para ações diferentes (E1).

O exercício da autonomia esta interligado ao exercício da liderança por características bastante sólidas, pois só é possível exercer a liderança se o profissional reconhecer a individualidade de cada um e for capaz de fomentar no outro seu carisma pessoal para unir ao carisma da Instituição. Isto se sedimenta quando o líder sabe valorizar o que há de melhor na equipe, multiprofissional, fazendo com que esta desenvolva habilidades necessárias para o êxito nas ações de cuidado.

Advocacia em saúde

Esta categoria apresenta as interfaces entre a construção dos atributos de liderança relacionados à advocacia em saúde, compreendida como elemento indissociável do cuidado de enfermagem. Neste sentido, os profissionais enfermeiros buscam utilizar todos seus recursos para exercer a liderança no sentido de buscar satisfazer as individualidades, levando em consideração a singularidade cultural de cada paciente, assim como suas crenças pessoais, suas diferenças no que diz respeito às condições de saúde, culminando na busca pelo empoderamento como forma de efetivação dos direitos do paciente.

Foi possível observar os enfermeiros construindo-se enquanto líderes a partir do exercício constante da advocacia em saúde, buscando realizar ações que compreendam a individualidade do paciente, respeitando-o na sua singularidade e características pessoais. Neste contexto, ações que, tendo em vista, a necessidade de dar um banho de leito em horário diferente do que é preconizado para que não fosse mudada tão bruscamente a rotina do paciente, ou ainda, reconhecendo a capacidade que o paciente tem de tomar suas próprias decisões. Quando isto acontece, o enfermeiro se torna capaz de motivar a paciente na busca do autocuidado, fazendo com que ambos possam estabelecer relações mais efetivas no processo de cura.

Ele tomou quatro comprimidos grandes assim, é preciso que a senhora fique atenta, pois enquanto ele pesar 50 kg ele vai tomar quatro comprimidos, depois aumenta a dose. E

será sempre de manhã... Ele é paciente acamado sabe, e a familiar é quem cuida das medicações, então eu já orientei ele e ela, pois eles estão perto de ir para casa (E1).

Outro elemento importante na advocacia do paciente está no respeito à cultura, uma vez que esta é a base social de qualquer ser humano. É a partir da cultura que a pessoa molda seus valores e sua ética e é através dela que o líder consegue reconhecer a singularidade do paciente, valorizando os aspectos importantes da mesma e promovendo um diálogo eficaz a fim de desenvolver ações que promovam um cuidado que vá além da administração de medicamentos e que reduza os impactos da internação hospitalar.

Nós tínhamos um paciente do Senegal, todos os dias eles traziam as comidas deles. A enfermeira falou com a assistente social e com a nutricionista que não podíamos obriga-los a comer a comida daqui... então colocamos ele num quarto individual e o colega trazia as comidas para ele. Foi difícil no início, porque é muito diferente e tinha um cheiro estranho. Mas ele estava muito emagrecido por não se alimentar direito (T1).

Outro aspecto evidenciado pela pesquisa forma as *diferenças*, inerentes aos seres humanos, que poder se tornar um agravo nos espaços de saúde onde as condições sociais e de saúde ficam, muitas vezes, diluídas e imperceptíveis quando se tem muitos pacientes para serem atendidos.

Todos os dias nós tínhamos que ligar e dizer: ela é vegetariana, não come carne, daí ela anotava lá, não sei se na hora da distribuição, mas vinha a comida com carne, levou quase uma semana, mas a gente insistia, porque a gente sabia que era importante para ela não comer carne (E2).

Diante das precárias condições de saúde, evidenciou-se o exercício da liderança pelos enfermeiros ao buscar contagiar a equipe a exercer o cuidado através de uma dedicação quase exclusiva, principalmente quando o paciente não tem condições de tomar decisões devido a suas condições clínicas.

Eu conversei com a enfermeira e disse para ela que a paciente estava tentando engolir. Eu disse que achava injusto ela ficar com aquela sonda (T2).

Eu fui lá avaliei a paciente e disse para o médico que ela estava pedindo água, ela arrancava a sonda para engolir, avisei que ela estava bem atenta e não precisava passar a sonda novamente. Ele não me ouviu, no outro dia ela arrancou de novo e eu não passei e evolui na prescrição e depois conversei com ele e ele aceitou (E1).

Na verdade, a gente tem que fazer pelos pacientes que não podem se manifestar sozinhos, nesta hora a gente é a voz deles, eles só têm a gente (T3).

Visando atender as necessidades específicas e a singularidade presente nos processos de saúde e doença, o enfermeiro busca em suas ações exercer a liderança a partir do desenvolvimento da advocacia em saúde em seu estado mais transformador, oportunizando o empoderamento dos pacientes para que os mesmos possam exercer os seus direitos. Ao reconhecer os direitos do paciente e seus familiares através de orientações, a enfermagem possibilita ao paciente e/ou acompanhante agir em defesa de seus interesses e necessidades, garantindo assim sua dignidade.

Eu sempre digo o que eu vou fazer com ele, mesmo que o paciente possa estar inconsciente eu digo, eles não sabem porque estou realizando tal cuidado com ele (T4).

Eles chegam e eu já converso com eles para saber se são da cidade ou não, por que aqui a gente sabe que são muitos de outras cidades, até mesmo para pedir a comida para o familiar quando o paciente é idoso. Tem uns que não falam nada, quando vê, eles estão há dois, três dias sem se alimentar aqui dentro. Tem ainda os que são acamados ou abandonados que precisam de auxílio, de alimentação, de cuidado diferenciado em que a gente tem que ficar mais atenta eu vou, eu faço... eu peço (T3).

Quando efetivo, o empoderamento gera um grande aliado a equipe de enfermagem, potencializando as ações de saúde ao reconhecer os múltiplos aspectos que compõem as necessidades de saúde.

Discussão

Foi possível perceber através desse estudo, que o processo de construção do enfermeiro líder compreende ações, comportamentos, atitudes e posturas éticas que se entrelaçam com as relações interpessoais, no exercício da autonomia e na advocacia em saúde,, sendo os fatores mais preponderantes, no exercício da liderança, o diálogo e a comunicação clara⁽³⁾.

A comunicação clara tem hoje um papel essencial no exercício da liderança, pois, é impossível liderar sem comunicar, uma vez que a falta de foco impossibilita o direcionamento das ações em um sentido único, acarretando em falta de um objetivo comum e, conseqüentemente de motivação⁽³⁾. As dificuldades relacionais decorrentes de uma comunicação ineficaz no ambiente de trabalho impactam diretamente na construção e desenvolvimento da liderança, pois a comunicação é uma das bases do ato de liderar. Paralelamente, o diálogo apresenta-se também, como um aliado na resolução de conflitos e torna-se uma ferramenta importante nas decisões dos enfermeiros, principalmente quando buscam redirecionar algum elemento do cuidado que fora perdido no cotidiano⁽¹⁵⁾.

Dessa forma, o enfermeiro líder, capaz de motivar a equipe para alcançar um objetivo comum, através da percepção da realidade que o cerca e construção de estratégias que permitam alcançar os caminhos idealizados, ancora-se na comunicação como um instrumento de efetivação da liderança⁽⁴⁾. As relações interpessoais são importantes atributos no processo de construção do enfermeiro líder, pois para que seja possível exercer a liderança é necessário estar apto para relacionar-se com os demais colaboradores, seja na equipe de assistência, ou nos serviços de apoio que indiretamente contribuem para o cuidado. As dificuldades

relacionais dificultam o estabelecimento de uma comunicação eficaz entre os envolvidos e desencadeia todo um processo de desarticulação do cuidado e perda do foco no trabalho em equipe⁽¹⁶⁾.

Esta comunicação deve ser realizada à luz de conversas, diálogo, dinâmicas de grupo, planejamento de ações entre os enfermeiros e demais serviços da instituição⁽¹⁷⁾. O enfermeiro líder conhecendo a complexidade do ambiente de trabalho, bem como, a importância de suas ações para o alcance dos objetivos comuns tem o papel de interagir com os diferentes espaços, setores, serviços e equipes multiprofissionais, sendo ele um elo entre estes e o objetivo que os move- o paciente. O enfermeiro líder, durante seu processo de gerenciamento, precisa estar atento a totalidade de suas ações e vislumbrar o paradigma complexo que é a interação do enfermeiro com os diferentes serviços que atuam no setor⁽¹⁸⁾.

É competência do enfermeiro gerenciar, coordenar, orientar e *liderar* o setor para que este caminhe em busca do objetivo comum, contudo, deve-se considerar que o líder direciona o cuidado em conjunto com sua equipe, pois não é possível liderar sozinho. Portanto, o exercício da liderança exige cativar a colaboração dos profissionais, interagir com outros setores e motivar constantemente para um objetivo comum, através de uma integração entre todos os envolvidos no cuidado. A capacidade do enfermeiro em interagir com diferentes setores do ambiente hospitalar, construindo uma rede de inter-relações favoráveis, reflete a maturidade do enfermeiro e torna-se um espelho a ser seguido⁽¹⁹⁾.

Essa capacidade de agir e interagir do enfermeiro pode ser observada em diferentes situações do cotidiano do trabalho, onde ao exercer sua autonomia profissional o enfermeiro defende seus ideais frente aos demais profissionais envolvidos no processo de cuidado. Este exercício da autonomia profissional, promove um reconhecimento do enfermeiro pelos demais profissionais, devido a sua capacidade de desempenhar um papel transformador no ambiente de trabalho e ao mesmo tempo estimular, positivamente os outros profissionais⁽²⁰⁾.

Nesse sentido, as características do enfermeiro líder, como a defesa dos seus valores pessoais, podem influenciar seus pares e colaboradores a desenvolverem as mesmas características, pois o exercício da liderança é realizada de forma coletiva, assim como as ações que envolve seu desenvolvimento. Consequentemente, as ações e atitudes positivas do enfermeiro líder fortalecem o respeito da equipe por esse profissional, através do reconhecimento pelo trabalho desenvolvido no ambiente de cuidado, influenciando o local de forma positiva e se permitindo influenciar por ele⁽²¹⁾.

Neste enfoque a autonomia estimulada pelo enfermeiro líder faz com que, tanto o líder, quanto a equipe conquiste visibilidade na instituição, motivando a corresponsabilidade

nas tomadas de decisões cotidianas, cientes de que tanto os erros como os acertos são de responsabilidade de todos os envolvidos no processo. Assim, é da responsabilidade do enfermeiro líder e da instituição hospitalar fomentar nos colaboradores a busca da autonomia para o desenvolvimento de ações e atividades de forma comprometida e com foco unidirecional⁽⁵⁾. Desta forma faz-se necessário o reconhecimento das divisões das ações em todos os níveis do desenvolvimento do processo de cuidar, através de discussões dos aspectos específicos da organização para que todos saibam o poder da decisão em diferentes espaços e a partir de suas competências, atribuições e responsabilidades.

Neste enfoque, outro elemento ligado a capacidade de comunicação, e que possui grande influência na construção das competências para liderar, é a advocacia em saúde, definida como o ato de defender os interesses do paciente através da informação sobre seus direitos e condição de saúde. A advocacia em saúde possui a finalidade de assegurar ao paciente um plano de cuidados que respeite seu direito a autonomia, através da disponibilização de esclarecimentos e informações sobre seus direitos e suas questões de saúde⁽²²⁾.

Assim, a advocacia em saúde, é percebida como uma ação que contribui para a construção do enfermeiro líder no ambiente hospitalar, sendo considerada um valor fundamental, que esta imbricado nas ações de liderança do enfermeiro. As ações dos enfermeiros na defesa dos interesses dos pacientes, apresentam-se sob a forma de instruções aos pacientes para a tomada de decisões, facilitando a comunicação entre os pacientes e os profissionais da saúde, promovendo assim a autonomia dos pacientes⁽²³⁾.

O enfermeiro líder reconhece que só poderá exercer a liderança se advogar em defesa dos direitos do paciente, respeitando a diferença, atento as singularidades dos sujeitos a partir das necessidades de cuidado dos pacientes e a própria atuação da equipe. A advocacia em saúde exercida pelo enfermeiro deve considerar a autonomia e os desejos de modo que, o enfermeiro deve auxiliá-lo no cuidado, nas tomadas de decisões, nas capacitações, na defesa e na proteção de si mesmo, respeitando a singularidade do sujeito e desenvolvendo relações de confiança⁽²⁴⁾.

Diante desta premissa, ao advogar em favor de um paciente, considerando suas necessidades e crenças pessoais, o enfermeiro posta-se como um verdadeiro líder, garantindo a dignidade do paciente, reconhecendo seus desejos e resgatando sua autonomia. Desta forma, para que o enfermeiro líder amplie sua visão pessoal em detrimento das diferenças do paciente, entendido como outro, com direitos e deveres, torna-se necessário desenvolver-se e

agir com liderança, no acolhimento pelo ambiente hospitalar ou ainda no estabelecimento de vínculo de confiança com o líder e a equipe⁽²⁴⁾.

Isto evoca no líder uma colaboração bastante significativa na experiência profissional e cria uma imagem positiva do enfermeiro, como alguém íntegro e ético no desenvolvimento do seu cuidado, fatores importantes no ato de liderar e advogar pelo paciente⁽²⁵⁾. Portanto, advogar é respeitar a individualidade do paciente, suas crenças, seus valores pessoais e suas diferenças e assim empodera-lo através da informação sobre seus direitos para que possa buscar e agir de acordo com seu desejo.

O enfermeiro líder reconhece que suas ações devem ir além da execução de tarefas, deve influenciar as pessoas a partir de comportamentos, posturas éticas e relações saudáveis que possam assegurar a qualidade no cuidado e desenvolver planos de ações que elevem o fazer da enfermagem e a eficácia do cuidado⁽²⁶⁾. Ao se deparar com este dever, o enfermeiro líder se reconhece como protagonista deste cuidado, que simultaneamente advoga e constrói competências que promovem a autonomia, pois a advocacia em saúde é uma ação primordial no exercício da profissão, assim como no exercício da liderança.

Considerações finais

O processo de construção do enfermeiro líder lança luzes para diferentes horizontes, direcionando seu olhar para o paciente no exercício da advocacia em saúde (como prima condição para o exercício do cuidado), perpassando as esferas das relações interpessoais (uma vez que é impossível liderar sozinho, sem colaboradores diretos ou indiretos no decorrer do processo), até a influência de si (dos seus valores, crenças e culturas para envolver os liderados) no exercício da autonomia e da liderança corresponsável.

O reconhecimento do processo de construção do enfermeiro líder constitui um avanço na área da enfermagem, uma vez que oportuniza subsidiar enfrentamentos das situações vivenciadas no cotidiano da profissão. Dessa forma, o desenvolvimento das competências de liderança permite ao enfermeiro reconhecer as semelhanças e diferenças naqueles que lhes são confiados, sendo tanto os colaboradores, quanto a equipe e os pacientes, considerando as questões culturais, valores e crenças que os constituem como pessoas e caracterizam como profissionais.

Tendo em vista a forte influência cultural existente nos diferentes contextos e espaços de saúde, assim como na construção e desenvolvimento da liderança, faz-se necessário a realização de outras pesquisas que corroborem para a ampliação do conhecimento e fortalecimento do exercício da liderança pelos enfermeiros contribuindo para a sua autonomia.

Referências

1. Amestoy SC, Cestari ME, Thofehrn MB, Milbrath VM, Trindade L de L, Backes VMS. Processo de formação de enfermeiros líderes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010; 63(3): 940-5.
2. Pereira L, Primo LS, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Ramos AM, Hirsh CD. Nursing and leadership: perceptions of nurse managers from a hospital in southern Brazil. *Rev. de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2015 Jan; 7(1); 1875-82.
3. Silva CMC, Peixoto RR, Batista J M R. A influência da liderança na motivação da equipe. *Revista Eletrônica Novo Enfoque*. 2011; 13 (13).
4. Malloy T, Penprase B. Nursing leadership style and psychosocial work environment. *Journal of Nursing Management*. 2010; 18: 715–25.
5. Zampieron A, Spanio D, Bernardi P, Milan R Buja, A. Nurse managers preferred and perceived leadership styles: a study at an Italian hospital. *Journal of Nursing Management*. 2013; 21: 521–28.
6. Markaroff K, Storch J, Pauly B, Newton L. Searching for ethical leadership in nursing. *Nursing Ethics*. 2014; 21(6).
7. Lasala CA, Bjarnason D. Moral Leadership in Nursing. *J. Radiol Nurs*. 2011; 30: 18-24.
8. Simola SK, Barling J, Turner N. Transformational leadership and leader moral orientation: Contrasting an ethic of justice and an ethic of care. *The Leadership Quarterly*. 2010; 21(1):179-88.
9. Santos E. Gestão e liderança: uma necessidade de transformação comportamental. *RIT -Revista Inovação Tecnológica*. 2013; 3(1).
10. Resolução CNE/CES nº. 3, de 7/11/2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. *Diário Oficial da união [periódico na internet]*. 07 nov 2001. [citado em 22 jan 2016]. Disponível em <http://www.Portalmec.gov.br>
11. Leininger M. Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing. *J Transcult Nurs*. 1990.

12. Leininger M. *Ethnography and Ethnonursing: Models and Modes of Qualitative Data Analysis*. Qualitative research methods in nursing, Orlando: Grune & Stratton, 1985.
13. Leininger M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: *Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem*, 1., 1985, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis, 1985; 255-276.
14. Mcfarland MR, Mixer SJ, Wehbe-Alamah H Burk R. Ethnonursing: A Qualitative Research Method for Studying Culturally Competent Care Across Disciplines. *International Journal of Qualitative Methods*. 2012; 11(3).
15. Paula F, Figueiredo ML, Camargo FC, Iwamoto HH, Caixeta CRCB. Concepts of leadership among nurses at a hospital in the north of Minas Gerais. *Rev. Eletr. Enf.* 2012; 14(4): 821-30.
16. Maboko D.R. Nursing leadership in an academic hospital in Gauteng. *Journal of Nursing Management*. 2011; 20: 912–20.
17. Ángel-Jiménez G.M; Lopera-Arrubla C.P. Relevance y level of application of management competencies in nursing. *Invest Educ Enferm*. 2013; 31(1): 8-19.
18. Amestoy SC, Backes VMS, Trindade L de L, Canever BP. Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem. *Revist Escola de Enfermagem USP*.2012; 46(1): 227-33.
19. Salanova M, Lorente M L, Chambel M J, Martinez IM. Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*. 2011; 67(10).
20. Souza LSG, Souza LC, Leandro JJ. O papel do gestor de RH no desenvolvimento de Lideranças.*Rev. Cognitio*. 2013;1.
21. Hanks R G. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. *Nursing Forum*. 2010; 45(2): 97-107.
22. Cole, C.; Wellard, S.; Mummery, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nursing Ethics*. 2014; 21(5):576-82.
23. Tomaschewski-Barlem JG. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Protective Nursing Advocacy Scale for Brazilian nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*.2015; 23(4): 669-76.

24. Salvador PTCO, Alves KYA, Martins CCF, Santos VEP, Tourinho FSV. Reasons for empowerment in nursing: reflections in light of Alfred Schutz. *Rev Min Enferm.* 2013;17(4).
25. Haycock-Stuart E, Kean S. Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? *Journal of Nursing Management.* 2012; 20:372–81.
26. Akerjordet K, Severinsson E. The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: an integrative review. *Journal of Nursing Management.* 2010; 18:363-82.

4.2 ARTIGO 2

Barreiras para a construção do enfermeiro líder: uma etnoenfermagem²

Liliane Alves Pereira

Edison Luiz Devos Barlem

Resumo

Objetivou-se compreender as barreiras presentes no processo de construção do enfermeiro líder. Pesquisa qualitativa baseada nos pressupostos da etnoenfermagem, desenvolvida num hospital filantrópico no extremo sul do país, em um setor clínico assistencial com 22 profissionais da equipe de enfermagem. A coleta de dados ocorreu de julho a novembro de 2015. A coleta e análise de dados ocorreu em quatro fases de observação, uma fase de entrevista e quatro fases de análise. Os resultados foram agrupados em duas categorias que apontam para as barreiras no processo de construção do enfermeiro líder: 1) características pessoais e 2) Cultura Institucional. Foi possível concluir que as principais barreiras na construção do exercício da liderança pelo enfermeiro devem ser reconhecidas para serem superadas no cotidiano do exercício profissional.

Descritores: enfermagem; liderança; ética.

² Artigo a ser submetido a REEUSP. Normas disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>

Introdução

O termo liderança, possui sua origem etimológica no inglês *laedan*, que significa aquele que guia ou chefia, porém, esse conceito é considerado obsoleto, haja vista que constitui um paradoxo ao comparar similarmente os termos guiar e chefiar. O conceito de liderança tem evoluído historicamente, progredindo a partir das escolas de pensamento e ampliando seus conhecimentos teóricos desde uma liderança autoritária, voltada exclusivamente para a pessoa do líder, até o surgimento de uma liderança que considera os indivíduos e ambiente em um processo de influência mútua sobre o conceito e/ou exercício da liderança⁽¹⁾.

Embora a ideia de liderança exista desde a era cristã, sendo considerada tão antiga quanto a escrita, o termo liderança foi utilizado pela primeira vez em um estudo atrelado as escolas de administração, tendo como objetivo compreender como diferentes pessoas se comportam quando são gerenciadas por diferentes gestores⁽²⁻³⁾. De forma genérica, a liderança pode ser conceituada como uma habilidade de influenciar as pessoas na busca de objetivos comuns, inspirados em uma política de coletividade, constituindo um ideal perseguido nos âmbitos sociais, políticos, econômicos, familiares, empresariais e prestadores de serviço. Nesse mesmo sentido, destacam-se os ambientes hospitalares, que enxergam a liderança como uma ferramenta para alcançar a excelência⁽⁴⁻⁵⁾.

As transformações ocorridas nos ambientes de saúde, influenciadas pelas constantes modificações do cenário social e das demandas e necessidades em saúde, fez com que a enfermagem se postasse como propulsora do cuidado ético e humanizado, condizente com as necessidades de cuidado presentes. Esse fato, exige dos profissionais maior flexibilização e ampliação da visão da realidade que os rodeia, bem como, aperfeiçoamento profissional afim de dominar novas competências e habilidades, dentre elas a construção cotidiana da liderança⁽⁵⁾.

Atualmente o estilo de liderança que está em voga é o transformacional, estilo que tende a envolver os liderados nas tomadas de decisão, buscando reconhecer que o ser humano traz em si valores, crenças e culturas que podem ser de grande valia para o desenvolvimento das Instituições. Este estilo está fundamentado nos valores humanos como base para o seu desenvolvimento, unindo a capacidade de motivar e influenciar as pessoas com as potencialidades pessoais de cada indivíduo, construindo uma tomada de decisão conjunta, com resultados partilhados⁽⁶⁾.

Os líderes são possuidores de um carisma envolvente, capazes de estimular seus liderados a irem em busca de seus desejos para que possam crescer individual e coletivamente, direcionando suas ações para o bem da equipe, internalização do objetivo comum e alcance dos resultados esperados⁽⁷⁾. Sob este olhar, a liderança em enfermagem é um processo de construção pessoal que requer habilidades para o relacionamento interpessoal efetivo, tomada de decisão conjunta e corresponsabilidades, tendo como premissa o respeito aos indivíduos que estão sob seu comando⁽⁸⁾.

É neste panorama complexo que o enfermeiro pode encontrar barreiras para o exercício da liderança, pois o ambiente e as inter-relações podem derivar inúmeros elementos que dificultem ou inviabilizem o estabelecimento da liderança⁽⁵⁾. Diante do exposto, tem-se como questão de pesquisa *como ocorre o processo de construção do enfermeiro líder* e o presente artigo tem como objetivo *compreender as barreiras presentes no processo de construção do enfermeiro líder*. Tal estudo justificou-se a partir da necessidade de compreender as barreiras que dificultam a construção da liderança em profissionais enfermeiros.

Metodologia

Pesquisa com caráter qualitativo, baseada na etnoenfermagem, com pressupostos da etnografia adaptada para o estudo dos fenômenos da enfermagem. A etnoenfermagem é definida como a análise dos fenômenos de enfermagem, considerando o ponto de vista das pessoas, crenças, valores, cultura, as visões do mundo e o modo de ser de cada um⁽⁹⁾.

O Estudo foi desenvolvido em uma unidade clínica situada em um Hospital Filantrópico do sul do País, possuindo 43 leitos e atendendo exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os critérios de inclusão para seleção dos informantes chaves foram: estar no ambiente de trabalho nas fases de observação e entrevista e, após a primeira fase da observação, revelar atitudes/ações de liderança no diálogo, na comunicação com os membros da equipe ou nas tomadas de decisão.

Foram selecionados 22 informantes chaves, sendo cinco enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem. Os informantes gerais foram todos aqueles que interagem com o ambiente de trabalho, influenciando direta ou indiretamente nas ações/atitudes dos enfermeiros, totalizando 51 informantes gerais. As observações ocorreram de julho a novembro de 2015, perfazendo um total de 24 turnos de trabalho, num total de 65

horas de observação. Após, realizaram-se as entrevistas, que ocorreram no período de novembro a dezembro, e variaram entre 45 minutos a 2 horas.

A etnoenfemagem se compõe de nove etapas divididas em quatro fases de observação, uma de entrevista e quatro fases de análise do que fora observado. As fases de observação vão desde a observação sem interferência, com interferência, com participação ativa e com observação reflexiva, sendo estas concomitantemente analisada⁽¹²⁾.

As observações foram realizadas com foco no cotidiano das atividades exercidas pelos profissionais, na sua relação com os pacientes, familiares, acompanhantes, colegas de trabalho, com a administração e serviços de apoio, enfocando como os enfermeiros exercem a liderança no ambiente de trabalho com os diferentes atores do processo de cuidado.

Após as fases um e dois da observação foi possível elaborar um guia de entrevista semiestruturado, em que questões foram formuladas para nortear as discussões acerca das barreiras do processo de construção do enfermeiro líder. As entrevistas iniciaram a partir da terceira etapa da observação, tendo como objetivo aprimorar os dados coletados durante as observações, corrigindo possíveis falhas, esclarecimentos dando maior segurança e fidedignidade na coleta e análise dos dados⁽¹⁰⁾.

A análise dos dados respeitou o preconizado pela etnoenfemagem, que propõe que as informações sejam analisadas em quatro fases, utilizando-se de critérios específicos e congruentes com o paradigma qualitativo. As divisões utilizadas nas quatro fases da etnoenfemagem são educativas, pois o processo ocorre de forma imbricada e sobreposta, respeitando a dinâmica de ir e vir, fazendo com que fases se perpassem e fossem confrontadas constantemente⁽¹¹⁾.

Na fase de observação participante, o olhar direcionou-se mais para as intervenções, mas nunca perdendo o foco na observação, envolvendo-se com os informantes para apreender mais sobre a cultura destes. Após, iniciou-se a segunda fase da análise e primeira fase de entrevista, com o intuito de descobrir as ações atitudes e comportamentos que expressam a construção do enfermeiro líder. Na terceira fase analisou-se as entrevistas e buscou-se as temáticas mais significativas dentre as que foram abordadas. Na quarta fase, o pesquisador fez observações reflexivas, avaliando as informações encontradas⁽¹⁰⁾. Na quarta fase constituiu-se da síntese dos dados, da abstração de categorias e formulações teóricas, síntese de pensamento, abstração e descoberta de temáticas importantes, com análise criativa de dados das fases anteriores.

Foram respeitados os aspectos éticos, tendo o presente estudo sido aprovado no comitê de ética local sob parecer número 07/2015. Preservando o anonimato dos informantes, as falas

são apresentadas utilizando a letra E, T ou A para descrever enfermeiros, técnicos de enfermagem ou auxiliares de enfermagem, seguido de algarismo arábico referente a ordem de realização da entrevista.

Resultados

A partir das análises foi possível compreender as barreiras presentes no processo de construção do enfermeiro líder, imbuídas nas características pessoais que perpassam os valores, o (des)compromisso pessoal e profissional, gerando relações de (des) confiança e transmitindo uma imagem profissional positiva e coerente, até uma cultura institucional que responsabiliza/culpabiliza o enfermeiro por atividades que não são suas, tendo como responsabilidade desenvolver altas demandas de trabalho sem oferecer recursos humanos e materiais suficientes. Após a análise dos dados emergiram duas categorias relacionadas as barreiras presentes na construção do enfermeiro líder, sendo elas: *características pessoais* e *cultura institucional*.

Características pessoais

Esta categoria apresenta-se como uma conexão entre as barreiras presentes na construção da liderança pelo enfermeiro e as suas características pessoais, entendidas como influenciadoras do exercício da liderança, uma vez que, estas características envolvem a motivação do enfermeiro. As principais barreiras ao exercício da liderança enfrentadas pelos profissionais relacionam-se ao *descomprometimento profissional e pessoal, dificuldade de relacionamento, falta de competência e conhecimento profissional e a falta de capacidade de manejo criativo das situações*.

Observando o cotidiano dos profissionais enfermeiros, foi possível perceber que muitas vezes as suas atuações ficam muito aquém do exercício da liderança. Muitas observações apresentam os enfermeiros como profissionais pouco comprometidos com o cuidado e com a assistência que deveria ser prestada ao paciente, fato, muitas vezes, atrelado às características pessoais ou absorvidas da cultura organizacional.

A senhora (cuidadora) sabe tirar o soro?... Não? então fecha lá o soro que eu já vou tirar, já chego lá. Deste jeito eu não termino minha medicação hoje. Chamam toda hora aqui... é difícil (T1).

O profissional que assume a postura de delegar afazeres aos acompanhantes e pacientes, não consegue perceber que a assistência de enfermagem perpassa ações de cuidado

que vão desde as atividades diretas, indo até as atividades indiretas e que nenhum fazer de sua competência deve ser minimizado ou menosprezado. A delegação de atividades básicas da profissão banaliza e fragmenta o cuidado de enfermagem, que se dispersa e se torna invisível nos ambientes de cuidado:

A gente ainda não conseguiu resolver do acompanhante incomodar. Está um desrespeito às vezes. Eu acho horrível. A própria presença do acompanhante dificulta o processo de cuidado (T2).

Diante da retórica apresentada pelo profissional anterior, não houve nenhuma manifestação por parte da enfermeira, deixando transparecer o descomprometimento de ambos no reconhecimento do papel do acompanhante no cuidado ao paciente. Ainda no tocante as características pessoais, é possível observar que a dificuldade de relacionamento torna-se um empecilho para que o enfermeiro se construa enquanto líder, uma vez que a liderança só é possível na relação com o outro, fato que o estimula ao crescimento.

Não tem união, eu acho que essa parte é bem dificultosa. O hospital está passando por dificuldades, e não é só aqui, mas em qualquer cidade. Eu acho que isso é um detalhe em que as pessoas estão se apegando, e mesmo quando não se tinha essa dificuldade, existiam esses problemas (relacionamento), então, eu acho que a equipe é “cada um por si”, sem ajuda de nenhum líder (T3).

Para que o exercício da liderança seja efetivo, é preciso que haja diálogo, comunicação, se estabeleça um vínculo de confiança para a busca de objetivos comuns. Portanto, é necessário que o enfermeiro esteja cotidianamente conversando com a equipe, expondo as situações que impactam diretamente na assistência, interna ou externamente ao setor, para que estes saibam acolher o diferente.

A gente respeita, por que tu tens que respeitar a cultura e os limites dos outros, mas também a gente vai impor o nosso jeito, com tanto que respeite o limite dele e o meu (E1).

Quando o enfermeiro não está apto para lidar com o diferente, ele não consegue estabelecer um caminho que os conduza ao objetivo idealizado, não sendo percebido pela equipe como um profissional confiante, pois possivelmente não apresenta maturidade para acolher opiniões divergentes das suas.

Eu acho que eu não me sinto com autonomia para resolver certos problemas, por que eu acho que tem muita essa coisa de supervisão (enfermeira supervisora), embora eu ache que elas não estejam ajudando. Elas fazem o papel delas, mas enquanto supervisão elas estão deixando a desejar (E2).

Muitas vezes o próprio entendimento do que é ser um líder faz com que o exercício da liderança se torne confuso e até autoritário, tanto para o enfermeiro como para a equipe. Esta distorção alimenta uma imagem profissional turva, verticalizada e impositiva, crendo ser a liderança um atributo impositivo e unilateral.

O fato de não estarem conseguindo mais se impor, isto dificulta o líder. Eu acho que é isso aí, a coisa da pessoa se impor... Tem que fazer isso aí e tu faz... Não é ir com medo,

sabe... Da pessoa ficar magoada. Não tem isso aí. Se tu estás de liderança, eu tenho que te respeitar (T4).

A visão da liderança como chefia, autoridade inquestionável, faz com que o enfermeiro tenha que encontrar formas criativas de lidar com a equipe, fazê-los entender que o processo da liderança não pode estar vinculado ao autoritarismo ou ainda a imposição, pois desta forma, não se exerce a liderança, mas a autoridade instituída ou por força do cargo. Outra realidade observada foi a falta de competência do enfermeiro no desenvolvimento de suas atribuições, evidenciando a desvalorização do seu papel de líder frente a equipe.

Negligencio muita coisa, principalmente burocrática que eu deixo para trás. Eu acho que era para eu fazer mais reuniões, conversar mais, só que daí eu fico muito na parte assistencial. Eu vejo que a equipe está sobrecarregada, então eu fico correndo para ajudar e acabo não fazendo os registros de enfermagem (E1).

O processo de construção do enfermeiro líder precisa alicerçar-se em duas vertentes: as motivações pessoais e as influências do ambiente. Quando as motivações pessoais não conseguem ser suficientemente consistentes para sustentar a importância da liderança em um setor, o ambiente e sua cultura institucionalizada acabam por se sobrepor ao indivíduo, impondo a ele rotinas e ações pré-estabelecidas. Quando o enfermeiro se torna omissivo no seu papel de líder, a equipe de enfermagem desenvolve mecanismos para minimizar a falta do enfermeiro, através da sua subvalorização. Essa descrença da sua imagem e papel de líder, exige do enfermeiro motivação e capacidade criativa para apresentar seu trabalho como essencial no cuidado e na organização do ambiente.

Cultura Institucional

Esta categoria apresenta as interfaces entre as barreiras presentes na construção do enfermeiro líder e a cultura institucionalizada nos ambientes de cuidado, uma vez que a liderança só pode ser exercida se esta estiver inserida em um ambiente e contexto sociocultural. Desta forma, o ambiente pode tornar-se uma barreira para o exercício da liderança, através da imposição de atribuições e funções que não competem ao enfermeiro. Esses fatores ambientais relacionam-se com a alta demanda e alta carga de trabalho associada a esta falta de materiais e recursos humanos que resulta numa desorganização da equipe de saúde e uma descontinuidade no cuidado.

O enfermeiro deve assumir uma postura de referência no seu ambiente de trabalho para que o cuidado seja implementado de forma plena, mas agregado a isto, muitas vezes, a incapacidade de manejo pode gerar sobrecarga laboral, principalmente por assumir responsabilidades pertinentes a outros profissionais:

Eu tenho uma prescrição que está sem assinatura e carimbo. Ok, aguardo. A médica já está subindo para assinar aquela prescrição e eu vou na farmácia pegar o que falta, porque senão depois dizem que eu passei o plantão faltando coisa (E4).

Todos os profissionais têm suas atribuições definidas no ambiente hospitalar, para que cada profissional seja responsabilizado pelo cuidado de forma coerente, entretanto, os profissionais de enfermagem frequentemente possuem altas cargas de trabalho e demanda excessiva. Esta sobrecarga de trabalho faz com que o enfermeiro não consiga exercer sua liderança de forma coerente, perdendo o objetivo agindo de forma imediatista, sem olhar para as situações que envolvem o ambiente.

A administração de “carências” vai insurgir nos profissionais a frustração e ir diminuindo o elo para o cuidado. Atrelado a isto, se apresenta a falta de materiais e insumos, o que provoca nos enfermeiros a necessidade de diálogo, de enfretamento e de manejo de conflitos que por si só não são ruins para o exercício da liderança, mas quando se tornam uma constante na Instituição, passam a ser nocivos ao líder.

Tem algumas medicações que estão em falta: ciprofloxacino, metronidasol... Sonda nasoenterica número 12 não tem... Só tem uma 08, mas acho que está entupida... eu não aguento mais dizer que falta medicamentos (E5).

Não tem soro de 100ml, não tem soro de 250ml, não tem soro de 500ml...,nem dânuilas, nem sonda nasoentérica.(T5).

A falta de insumos e materiais faz com que o ambiente se torne tenso, conflituoso e conduz a desordem, fazendo transparer que não há uma integração das equipes de assistência. A partir deste olhar o enfermeiro líder busca focar suas ações exclusivamente para suprimir as necessidades e as demandas imediatas do setor.

Já liguei para todas as unidades, não tem folhas de sinais vitais em setor nenhum. Então vamos ter que nos adaptar. Nenhuma tem mesmo. Os setores estão usando folha de evolução, não tem o que fazer (E4).

O médico queria que fizesse um antibiótico direto, tive que dizer para ele que não poderia ser assim. Ele alegou que não tem o IM no hospital e para não fazer um acesso central fizesse EV mesmo. Eu bati o pé que não e a gente perde tempo com isso, mas não vou fazer (E1).

Esta desorganização do setor atrelada a busca de resolução de conflitos, muitas vezes, apresenta uma enfermagem que não consegue perceber-se como uma profissão sequencial, que não dá continuidade ao trabalho do outro, entendendo a profissão de forma dissociada. Neste contexto, a enfermeira não envolve a equipe com um senso de liderança e de educação contínua da equipe de trabalho, não orientando seus colaboradores de forma eficaz, gerando tensão e omissões de informações.

Em todo o tempo de experiência que eu tenho, eu vejo as mesmas situações. Gera-se sempre um conflito, sempre assim “ah, tu não fizestes porque não quisestes”. Se eu chegar para uma colega e disser “ah, não foi possível fazer, estou passando para ti”, gera um

desconforto. Então as vezes a gente nem diz. Eu acho que tem certa restrição entre as pessoas, mas eu vejo que é a rotina da enfermagem (T6).

Ela sempre briga quando a gente esta passando o plantão. Já eu pensei que ela estivesse de marcação comigo. Ai um dia eu disse, a enfermagem é continuidade. Quantas vezes já peguei furo de vocês e não vou ficar por ai falando (T7).

A cultura institucionalizada vai sendo introjetada na vida do profissional enfermeiro, que progressivamente perde a característica definidora básica da sua formação: o cuidado. Quando a cultura institucional produz um enfermeiro que não prima pelo bem dos seus colaboradores, legitimando ações e atribuições que não são coerentes com o fazer do enfermeiro, o resultado será sempre a desordem, o conflito e a descontinuidade no cuidado.

Discussão

As barreiras vivenciadas pelos enfermeiros na construção da liderança trazem no seu ensejo duas realidades distintas, mas complementares: as características pessoais como condição significativa no processo de construção do ser líder; e a cultura institucional, pois o ambiente de trabalho tende a direcionar as ações e atitudes dos profissionais dentro dos objetivos, valores e missão institucional⁽¹²⁾.

As características pessoais são pautadas nos valores, crenças, cultura e costumes de cada pessoa, sendo essas a base de todas as decisões que o ser humano toma ao longo da vida⁽¹³⁾. São estas características que motivam o enfermeiro a entrar na profissão e agir de forma coerente com o que ele se propôs, defendendo seus valores ético-morais assim como suas crenças pessoais durante a sua vida profissional. Todavia, emerge no cotidiano da profissão ações e atitudes que demonstram um aparente descomprometimento pessoal e até profissional com a realidade que o cerca e faz com que o enfermeiro atue como se a responsabilidade fosse de outrem⁽¹⁴⁾.

Quando o enfermeiro no exercício da liderança apresenta-se como alguém descomprometido, ele tende a contagiar toda a equipe dessa mesma forma, impossibilitando a integração do fazer no sentido de alcançar o objetivo proposto. Este fato tende a dificultar o relacionamento entre as equipes, entre os profissionais e com a instituição como um todo, pois, o líder é alguém que, ao reconhecer sua fragilidade, deve estabelecer uma comunicação assertiva e um diálogo franco⁽¹⁵⁾.

Esta dificuldade de relacionamento fundamentado no descompromisso do líder, expressa que o sustentáculo do seu exercício de liderança não está bem definido, pois o líder

só é reconhecido como tal se ele for capaz de convergir os objetivos, as relações, as interações e associações entre os envolvidos no processo de cuidar⁽¹²⁾.

Diante disto, o enfermeiro pode confundir liderança com autoritarismo e a relação fica pautada no poder de mando e na obediência a qualquer custo, desconsiderando o respeito e a confiança mútua no desenvolvimento do fazer⁽¹⁶⁾. Nesta realidade o enfermeiro líder torna-se alguém repudiado pela equipe, opressor dos envolvidos no processo de cuidar, construindo uma imagem de alguém incapaz de lidar com o diferente ou de dialogar diante uma oposição⁽¹⁷⁾.

A imagem profissional de um enfermeiro autoritário ou de difícil comunicação, expressa a falta de competência para lidar com o novo, com o diferente, construindo uma imagem paradoxal, onde a tentativa de mostrar-se forte através de uma postura impositiva leva ao desvelamento de suas fraquezas e fragilidades enquanto líder de uma equipe. Contudo, esta falta de competência em liderar, ultrapassa o espaço das relações interpessoais, deixando a equipe sem referência e/ou direcionamento nas tomadas de decisões⁽¹⁸⁾.

A partir de uma imagem corrompida do ser líder, o enfermeiro desenvolve suas atividades de gerenciamento da equipe de forma ineficiente e ineficaz, despersonalizando a imagem do enfermeiro como profissional referência no seu ambiente de atuação. Esta realidade torna-se um empecilho para o exercício da liderança, pois nem o profissional enfermeiro consegue definir com clareza qual o seu papel no ambiente e qual a importância deste para o cenário institucional. Portanto, não apresenta nenhuma criatividade para superar as crises, para apontar novos caminhos ou até redirecionar as ações quando a cultura institucional não favorece o exercício da liderança⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Assim como a postura profissional adotada pelo enfermeiro reflete no ambiente de cuidado, a cultura institucional, por sua vez, também exerce uma influência ímpar no processo de construção do enfermeiro líder, devendo possuir objetivos claros e recursos suficientes, que permitam ao enfermeiro aprimorar suas ações cotidianas como líder. Contudo, muitas vezes, a cultura organizacional, atribui aos enfermeiros tarefas que não são de sua responsabilidade, gerando sobrecarga e frustração ao profissional por não conseguir exercer suas funções de forma coerente, dispensando seu tempo a exercer atribuições que são de outras categorias profissionais. Todavia, o enfermeiro líder deve ter clareza de suas atribuições, não sendo coerente ou culpabilizando a si ou a equipe de enfermagem por uma ação ou atividade que deve ser exercida por outros profissionais⁽²¹⁾.

Atrelado a isto, encontra-se na cultura institucional altas demandas e altas cargas de trabalho que, ao longo do tempo, podem se tornar legitimadas pelas instituições, levando a

insatisfação no ambiente de trabalho. Estas altas demandas, somadas a altas cargas de trabalho, fazem com que o líder não consiga definir caminhos a serem trilhados pela equipe, fixando suas ações em resolutividades imediatistas e pouco eficientes. As ações desenvolvidas pelos enfermeiros são baseadas num corpo de conhecimentos que confluem para a cultura pessoal e institucional e para tanto, é necessário que haja pessoas aptas a realizar tais ações de cuidado, com respeito a individualidade de cada pessoa, usuário ou profissional⁽²²⁾.

A alta demanda e carga de trabalho revelam a deficitária estrutura para a realização das ações e atividades dos enfermeiros, sendo mais fortemente evidenciada no que tange a falta de recursos humanos. Quando o fator quantitativo de pessoal torna-se evidente, o processo de construção do enfermeiro líder fica prejudicado, uma vez que a demanda de trabalho não permite estabelecer um diálogo efetivo com a equipe, assim como a partilha de seus anseios não ocorre pela falta de tempo para compartilhar as tomadas de decisões⁽²³⁾.

Soma-se a isto a falta de recursos materiais e insumos, que vai provocando no enfermeiro líder uma busca, quase em vão, por recursos mínimos que permitam oferecer uma assistência humanizada, na tentativa de estabelecer com a equipe uma união que os motive a trabalhar. Contudo, a liderança não é uma ação praticada em um momento específico, ela faz parte do cotidiano, e quando o ambiente não é favorável a isto, a construção cotidiana do enfermeiro líder fica fragilizada por não ter subsídios adequados para tal⁽²³⁻²⁴⁾.

A falta de recursos humanos, materiais e insumos provoca uma desordem no ambiente de trabalho, acarretando em desmotivação capaz de provocar ações desconexas e até incoerentes com o objetivo do cuidado. Isto dificulta o processo de construção do enfermeiro líder por não confluir o clima organizacional com as motivações dos liderados, na busca dos ideais almejados^(19.25).

Em um ambiente de desmotivação, é nítida a presença da descontinuidade do cuidado, uma vez que, o cuidado é uma ação que une a ciência e a arte, o fazer técnico e um fazer humanizado que respeita a individualidade do sujeito com ações e atitudes humanas, que reflete os desejos daqueles que são confiados a equipe do cuidado⁽²⁶⁾.

A fragilidade no processo de construção da liderança, causada pela cultura institucional, acarreta em uma desorganização da equipe, produzindo uma visão distorcida das ações do enfermeiro e uma descrença do papel do líder e na liderança por parte da equipe. Assim, a desordem da equipe é reflexo da insegurança causada pelo ambiente e uma insatisfação dos profissionais no exercício de sua profissão, dado que não é possível construir-se líder quando a instituição não oferece subsídios para a convergência entre o poder do líder de influenciar a equipe e a motivação dos liderados para agir em prol do objetivo comum.

Quando os enfermeiros reconhecem suas ações à luz de condutas éticas, de diálogo franco e comunicação clara, mostram-se mais protegidos destas barreiras enfrentadas no exercício da liderança, fortalece este olhar quando o enfermeiro tem clareza do seu real papel no cenário de atuação e coloca-se como protagonista da arte de cuidar ele tende a orientar os colaboradores e fomentar na Instituição ações e projetos capazes de minimizar as barreiras presentes no exercício da liderança⁽⁸⁾.

Conclusões

O processo de construção do enfermeiro líder é uma busca contínua e ousada do ser profissional. Portanto, conhecer as barreiras presentes neste percurso estimula os profissionais à superação, uma vez que, tanto as características pessoais como a cultura institucional são barreiras que devem ser transpostas com conhecimento e criatividade.

Compreender as barreiras ao exercício da liderança pelo enfermeiro oferece direcionamentos para o enfrentamento de situações que possam dificultar o contexto de trabalho, superando-as de forma inovadora. Neste sentido, o conhecimento científico é um elemento essencial e motivador na busca de crescimento profissional, tornando a enfermagem uma profissão cada vez mais sólida e resistente. A limitação deste estudo encontra-se na amostra específica de profissionais de enfermagem atuantes em um setor de uma Instituição no extremo sul do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Silva ASMR, Penão JLP, Pereira JN, Joviliano RD. Liderança, motivação e humanização no ambiente organizacional. Rev. EPeQ/Fafibe on-line. 2013; 5.
2. Kurcgant P, Felli VEA, Ciampone MHT, Freitas GFF, Oguisso T, Melleiro MM, et al . The profile of EEUSP graduates of the stricto sensu program in nursing management. Rev Esc Enferm USP. 2011;45: 1566-73.
3. Silva J de B. Evolução de Liderança e Postura dos Líderes Atuais. Cient. Ciênc. Juríd. Empres. 2014;15, (1): 119-127.
4. Amestoy SC, Trindade L de L, Waterkemper R, Heidman ITS, Boehs AE, Backes VMS. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010; 63(5): 844-7.

5. Pereira L, Primo LS, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Ramos AM, Hirsh CD. Nursing and leadership: perceptions of nurse managers from a hospital in southern Brazil. *Rev. de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2015 Jan; 7(1); 1875-82.
6. Bamford-Wade A, Moss C. Transformational leadership and shared governance: an action study. *Journal of Nursing Management*. 2010; 18: 815-21.
7. Keskes I. Relationship between leadership style sand dimensions of employee organizational commitment: A critical review wand discussion of future directions. *Intangible Capital [serial online]*. 2014;10 (1):26-51.
8. Eneh VO, Vehvila, Inen- Julkunen K, Kvist T. Nursing leadership practices as perceived by Finnish nursing staff: high ethics, less feedback and rewards. *Journal of Nursing Management*.2012; 20:159–69.
9. Leininger M. Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing. *J Transcult Nurs*. 1990.
10. Leininger M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: *Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem*, 1., 1985, Florianópolis. Anais... Florianópolis, 1985; 255-276.
11. Silveira RS, Martins CR, Lunard VL, Lunard Filho WD. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. 2009; 62(3): 442-6.
12. Santos E. Gestão e liderança: uma necessidade de transformação comportamental. *RIT -Revista Inovação Tecnológica*. 2013;3(1).
13. Phillips N; Byrne G. Enhancing frontline clinical leadership in an cute hospital trust. *Jornal Clinical nursing*. 2012; 22: 2625- 35.
14. Silva J de B. Evolução de Liderança e Postura dos Líderes Atuais. *Cient. Ciênc. Juríd. Empres*.2014;15(1):119-27.
15. Zampieron A, Spanio D, Bernardi P, Milan R Buja A. Nurse managers preferred and perceived leadership styles: a study at an Italian hospital. *Journal of Nursing Management*.2013; 21:521–28.
16. Amestoy SC, Cestari ME, Thofehrn MB, Milbrath VM, Trindade L de L, Backes VMS. Processo de formação de enfermeiros líderes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010; 63(3): 940-5.
17. Wang X, Chontawan R, Nantsupawat R. Transformational leadership: effect on the job satisfaction of Registered Nurses in a hospital in China. *Journal of Advanced Nursing*.2012; 68(2)444–51.

18. Maboko DR. Nursing leadership in an academic hospital in Gauteng. *Journal of Nursing Management*. 2011; 20: 912–20.
19. Paula F, Figueiredo ML, Camargo FC, Iwamoto HH, Caixeta CRCB. Concepts of leadership among nurses at a hospital in the north of Minas Gerais. *Rev. Eletr. Enf.* 2012; 14(4): 821-30.
20. Moura GMSS, Inchauspe JAF, Dall’Agnol CM, Magalhaes AMM, Hoffmeister LV. . Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. *Acta paul. enferm.* 2013;26(2):198-204.
21. Johansson G, Andersson L, Gustafsson B, Sandahl C. Between being and doing – the nature of leadership of first-line nurse managers and registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*.2010; 19: 2619–28.
22. Leininger M, Farland Mr. *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice*. 2002; 3ªed. New York (USA): Mac Graw-Hill.
23. Costa DG, Dall’agnol CM. Liderança participativa no processo gerencial do trabalho noturno em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(6) [08 telas]. [acesso em: 08 12 2015].
24. Amestoy SC,Backes VMS, Trindade Lde L, Canever BP. Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem. *Revist Escola de Enfermagem USP*.2012;46(1):227-33.
25. Wong CA, Laschinger HKS. Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating role of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(4);947–59.
26. Barreto MTS, Kishore A, Reis GG, Baptista LL, Medeiros CAF. Cultura organizacional liderança: uma relação possível? *Rev. Adm.*2013;48(1):34-52.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa nasceu de uma inquietação pessoal, motivada pela necessidade de compreender os fatores que levam a desmotivação do enfermeiro, e conseqüente omissão de seu papel durante a tomada de decisão no ambiente de trabalho. No afã de compreender esta realidade emergiu o questionamento: como ocorre o processo de construção do enfermeiro líder?

A utilização da etnoenfermagem, como desenho metodológico, proporcionou a pesquisadora estreitar ainda mais os laços com os informantes do estudo, favorecendo a ampliação do conhecimento e atuação direta da pesquisadora nas ações e atitudes dos profissionais no ambiente. Nesta perspectiva foi possível perceber que a liderança é construída dentro de situações concretas e bem definidas de forma igualitária, desde a conversa com um paciente ou familiar até as tomadas de decisões por parte da equipe. Todos os elementos promotores da liderança devem ser valorizados da mesma forma, quanto ao risco de vida, sem que nenhuma destas realidades assuma uma importância inferior.

Portanto, a liderança como atributo fundamental ao exercício da profissão, exige que o enfermeiro busque compreender sempre mais sua aplicabilidade e operacionalização nas diferentes realidades e cenários que suscitando o desenvolvimento e progressão da atuação do enfermeiro como líder e ampliação da sua visibilidade no cenário hospitalar.

Os resultados desta dissertação, foram apresentados sob forma de dois artigos que permitiram progredir no conhecimento dessa temática, pois desvela, a partir de uma visão antropológica e cultural, os atributos do enfermeiro líder e sua relação com os demais envolvidos, a partir das interrelações com comunicação clara e diálogo autêntico.

No primeiro artigo intitulado “O processo de construção do enfermeiro líder: abordagem etnográfica” cujo objetivo foi compreender o processo de construção do enfermeiro líder, foi realizado seguindo a metodologia qualitativa baseada nos pressupostos da etnoenfermagem, em que a pesquisadora adentrou no universo dos profissionais e em quatro fases de observação, quatro fases de análise dos dados e uma entrevista semiestruturada, foi possível categorizar alguns elementos importantes na construção do enfermeiro líder. 1) Advocacia em saúde emergiu como um atributo fundamental na construção da liderança pelo enfermeiro, pois através dela foi possível lançar luzes ao objetivo comum- paciente. 2) Relações interpessoais deixam transparecer que o líder não atua de forma isolada ou restrita, mas lidera na relação com o outro, com o diferente, com o que desafia. 3) Exercício da autonomia como condição ao exercício da liderança para que o enfermeiro possa dinamizar o

espaço de trabalho, motivar aqueles que estão ao seu redor e interagir de forma sensata e a sensível com o ambiente.

Assim, para que se possa compreender a construção do enfermeiro líder, torna-se necessário unir sensibilidade, reconhecimento de si e firmeza, nas relações do dia a dia em vista de uma enfermagem cada vez mais pautada em conhecimentos e sólida nas atitudes éticas no seu fazer e ser.

Já o segundo artigo intitulado “Barreiras para a construção do enfermeiro líder: uma etnoenfermagem” identificou barreiras que tendem a dificultar o processo de construção do enfermeiro líder. Estas barreiras são características pessoais em que o líder atua com descomprometimento pessoal e profissional, o que gera dificuldades de relacionamento com as diferentes equipes que atuam no setor confluindo para uma imagem pessoal e profissional incompetente, sem (manifestação) conhecimento ou inapta para realizar suas atribuições com criatividade. Já a cultura institucional atua como barreira ao exercício da liderança pelo enfermeiro quando esta legitima atribuições que não são do enfermeiro, colocando sobre sua responsabilidade altas demandas e cargas de trabalho, somando-se a isto a falta de materiais e recursos humanos o que provoca uma desorganização na equipe de assistência e uma descontinuidade no cuidado. Estas barreiras são nocivas ao processo de construção do enfermeiro líder por serem introduzidas de forma paulatina no ser e no fazer do enfermeiro, seja pela crença, valores e cultura pessoais deturpados, seja pelo fazer e atuar em um cotidiano impositivo.

Esse estudo possui limitações, uma vez que sua realização ocorreu com profissionais de um único hospital no extremo sul do Rio Grande do Sul o que inviabiliza a generalização dos resultados, uma vez que os resultados não podem ser comparados aos múltiplos contextos de saúde existentes no Brasil.

A pesquisa demonstra a importância de continuar abordando a construção do enfermeiro líder nos diferentes cenários onde o este profissional atua, visando contribuir para a consolidação da enfermagem enquanto ciência. Dessa forma, ao ampliar a visibilidade do enfermeiro, a profissão consolida-se tanto como ciência, quanto como arte da técnica com ternura, ética e estética. Todos estes atributos presentes no ser e fazer do enfermeiro só serão internalizados no cerne da figura do enfermeiro, quando estes perceberem do seu real papel nos espaços de cuidado, resgatando sua força e direcionamento ao libertar-se da falsa subalternidade que ainda ronda os profissionais enfermeiros no dia a dia da profissão.

REFERÊNCIAS

AKERJORDET K.; SEVERINSSON E. The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: an integrative review. **Journal of Nursing Management**. v. 18 p. 363-382, 2010.

ALLEN, S. R.. **An Ethnonursing Study of the Cultural Meanings and Practices of Clinical Nurse Council Leaders in Shared Governance**. 2013. Tese de Doutorado. University of Cincinnati.

AMESTOY, S.C.; et al. Processo de formação de enfermeiros líderes. **Revista Brasileira de Enfermagem**; v.63, n.3, p. 940-5, 2010.

AMESTOY, S.C.; et al. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**; v.63, n.5, p.844-7, 2010.

AMESTOY, S.C.; et al. Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**; v.46, n.1, p.227-33, 2012.

AMORIM, M.C.S; PEREZ, R.H.M; Poder e Liderança: as contribuições de Maquiavel, Gramsci, Hayek e Foucault. **Rev. de Ciências da Administração**. v. 12, n. 26, 2010.

ANTONELLO, C. S; GODOY, A. S. A encruzilhada da aprendizagem organizacional: uma visão multiparadigmática. **Rev. de Administração Contemporânea**, v. 14, n. 2, p. 310-332, 2010.

ARRUDA, A. F.; CHRISÓSTOMO, E.; RIOS, S.S. A importância da liderança nas organizações. **Rev. razão contábil & finanças** v. 1, n. 1, 2010.

AUBERT, N., De GAULEJAC, V. **Le coût de l'excellence**. Paris : Éditions du Seuil, 1991.

AVELAR, I. A; TEIXEIRA M. R. C. A assertividade como instrumento para o processo de liderança: uma análise dos seus reflexos no comportamento do líder **Rev. Perquirere**, v.11 n 2 p.51-70, dez. 2014.

BAMFORD-WADE, A; MOSS, C. Transformational leadership and shared governance: an action study. **Journal of Nursing Management**, v.18, p. 815-21, 2010.

BARNARD, C. **The functions of the executive**. Cambridge: Harvard University Press, 1938.

BARRETO, M.T.S.; KISHORE, A.; REIS, G.G; BAPTISTA, L.L; MEDEIROS, C.A.F. Cultura organizacional liderança: uma relação possível? **Rev. Adm.**, São Paulo, v.48, n.1, p.34-52, 2013.

BASS, B. M.; AVOLIO, B. J. M.L.Q. Third edition manual and sampler set. Redwood City, CA: Mind Garden, 2000.

BOEHS, A. E. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional**. 2001. 268f. Tese (Doutorado em Filosofia de

Enfermagem)–Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BRADY GERMAIN P.; CUMMINGS G.G The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. **Rev. Journal of Nursing Management**. v.18, p. 425–439, 2010.

BRADY-SCHWARTZ, D.; SPENCER, T.; WILSON, B.; WOOD,K. Transformational Leadership: Implications for Nursing Leaders in Facilities Seeking Magnet Designation. **AORN**. v. 93 n.6. p. 737-748, 2011.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº. 3, de 7/11/2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da união [periódico na internet]. 07 nov 2001. [citado em 22 jan 2016]. Disponível em <http://www.Portalmec.gov.br>

COLE, C.; WELLARD, S.; MUMMERY, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. **Nursing Ethics**. v.21 n.5 p.576-82, 2014.

COSTA D.G, DALL'AGNOL C.M. Liderança participativa no processo gerencial do trabalho noturno em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. v.19, n.6, [08 telas], 2011. [acesso em:08 12 2014].

DERUE, D. S.; BARNES, C. M.; MORGESON, F. P. Understanding the motivational contingencies of team leadership. **Small Group Research**, v. 41, n. 5, p. 621-651, 2010.

ENEH V.O.; VEHVILA.; INEN- JULKUNEN K.; KVIST T. Nursing leadership practices as perceived by Finnish nursing staff: high ethics, less feedback and rewards. **Journal of Nursing Management**. v. 20, P. 159–169, 2012.

ESPER, A.J.F; CUNHA, C.J.C. A. Liderança autêntica: uma revisão integrativa – Navus – **Rev. de Gestão e tecnologia**. v. 5 I n. 2 I p. 60-72 I 2015.

FERNANDES, U; SOARES, N. V. Modelos de liderança adotados por enfermeiros de um hospital do Rio Grande do Sul. **Journal of Nursing and Health**, v. 2, n. 1, p. 38-43, 2013.

FURANKAWA, P.O.; CUNHA, I.C.K.O. Profile and Competencies of Nurse Managers at accredited Hospitals. **Revista Latino Am. Enfermagem**, v.19, n.3, 2011. [acesso em 27/11/2014].

FURTADO,C.R.; BATISTA, L.G.C.; FRANCISCO, M. J.F.S. Leadership and job satisfaction among Azorean hospital nurses: an application of the situational leadership model. **Journal of nursing management**, v. 19, n. 8, p. 1047-1057, 2011.

GARCIA I.; SANTA-BARBARA, E.S.. Relação entre estilos de liderança e bases de poder das enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.3, p.295-301, Ribeirão Preto, June 2009.

GELBCKE, F. L. Processo de trabalho na saúde e na enfermagem. In: HERR, L; SOUSA, M. L. REIBNITZ, K. S. (Org.). **Fundamentando o exercício profissional do técnico em Enfermagem**. Série Auxiliar de Enfermagem. Florianópolis, 2008.

GEORGE, J. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

HANKS, R. G. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. **Nursing Forum**, v. 45, n. 2, p. 97-107, 2010.

HAYCOCK-STUART E. & KEAN S. Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? **Journal of Nursing Management**. v. 20, p.372–381, 2012.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K.H. **Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional**. São Paulo: EPU, 1986.

HOFSTEDE, G.H. **Cultures and organizations: software of the mind**. New York: McGraw-Hill, 1991.

HOUSE, R. J. A Path Goal Theory of Leader Effectiveness. **Administrative Science Quarterly**, v.16, p 321-338, 1971.

HOUSE, R.; HANGES, P.; JAVIDAN, M.; DORFMAN, P.; GUPTA, V. Culture, leadership, and organizations: the GLOBE study of 62 societies. Thousand Oaks: **SAGE**, 2004.

JOHANSSON, G.; ANDERSSON, L.; GUSTAFSSON, B.; SANDAHL, C. Between being and doing – the nature of leadership of first-line nurse managers and registered nurses. **Journal of Clinical Nursing**. v. 19, p. 2619–2628, 2010.

KAUFMAN, G; MCCAUGHAN, D. The effect of organizational culture on patient safety. **Nursing Standard**. v. 27, n.43, p.50-56, 2013.

KESKES I. Relationship between leadership style sand dimensions of employee organizational commitment: A critical review wand discussion of future directions. **Intangible Capital** [serial online];v.10 n.1 p.26-51, 2014.

KURCGANT P, CIAMPONE M.H.T. A pesquisa na área de Gerenciamento em Enfermagem no Brasil. **Rev Bras Enferm**. v.58,n.2:16 p.1-4. 2005

KURCGANT, P. *et al.* The profile of EEUSP graduates of the stricto sensu program in nursing management. **Rev Esc Enferm USP** v.45, p.1566-73, 2011.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.19,n.3 [08 telas] maio-jun 2011

LASALA, C.A.; BJARNASON, D. Moral Leadership in Nursing. **J. Radiol Nurs**. v. 30, p.18-24, 2011.

LEININGER M, FARLAND MR. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice**. 3ed. New York (USA): Mac Graw-Hill; 2002.

LEININGER M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York (USA): National League for Nursing; 1991.

LEININGER M. **Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing.** J Transcult Nurs. 1990.

LEININGER, M. **Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade.** In: Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, 1., 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 1985. p. 255-276.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices.** New York: John Wiley e Sons, 1978.

LEININGER, Madeleine. **Ethnography and Ethnonursing: Models and Modes of Qualitative Data Analysis.** **Qualitative research methods in nursing.** Orlando: Grune & Stratton, 1985.

MABOKO D.R. Nursing leadership in an academic hospital in Gauteng. *Journal of Nursing Management.* v. 20, p. 912–920, 2011.

MACEDO, I. I. **Aspectos comportamentais da gestão de pessoas.** Editora FGV, 2015.

MALLOY, T.; PENPRASE B. Nursing leadership style and psychosocial work environment. *Journal of Nursing Management.* v.18, p. 715–725 2010.

MARCUS, M. T; LIEHR, P. R. **Abordagens de pesquisa qualitativa.** In: LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização.* 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 09.

MARKAROFF, K ; STORCH, J; PAULY, B; NEWTON, L. Searching for ethical leadership in nursing. *Nursing Ethics.* v. 21, n. 6, 2014.

MCFARLAND, M.R. et al. Ethnonursing: A qualitative research method for studying culturally competent care across disciplines. *International Journal of Qualitative Methods,* v. 11, n. 3, p. 259-279, 2012.

MCFARLAND, M.R.; MIXER, S.J; WEHBE-ALAMAH,H.; BURK R. Ethnonursing: A Qualitative Research Method for Studying Culturally Competent Care Across Disciplines. *International Journal of Qualitative Methods,* v. 11, n 3, 2012.

McGREGOR, D. **Leadership and motivation.** Cambridge, Mass.: M.I.T. Press, 1966.

MELO, E. A. A. **Comprometimento organizacional, estilos gerenciais e poder organizacional: um estudo relacional.** 2001. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

MICHEL, M. As teorias X e Y e suas potencialidades de aplicação a sistemas administrativos de recursos humanos em organizações nos dias atuais. **Rev. Eletrônica de administração** n.8, 2005.

MOURA, G.M.S.S. *et al.* Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. **Acta paul. enferm.** vol.26, n.2, p. 198-204, São Paulo, 2013.

PAULA, G.F.; FIGUEIREDO, M.L.; CAMARGO, F.C.; IWAMOTO, H.H.; CAIXETA, C.R.C.B. Concepts of leadership among nurses at a hospital in the north of Minas Gerais. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.14, n.4, p. 821-30, 2012.

PEREIRA, L.A.; *et al.* Nursing and leadership: perceptions of nurse managers from a hospital in southern Brazil. **Rev. de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1875-1882, jan. 2015.

PHILLIPS, N.; BYRNE G. Enhancing frontline clinical leadership in an acute hospital trust. **Jornal Clinical nursing**, v.22, p.2625-35, 2012.

ROBBINS, S. **Comportamento organizacional**. Pearson Prentice Hall, São Paulo, 2005.

SALANOVA M.; LORENTE, M. L.; CHAMBEL, M. J.; MARTINEZ, I .M. Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. **Journal of Advanced Nursing**. v.67, n.10, 2011.

SALVADOR, P.T.C.O. *et al.* Reasons for empowerment in nursing: reflections in light of Alfred Schutz. **Rev Min Enferm.** v.17, n. 4, 2013.

SANTOS, E. Gestão e liderança: uma necessidade de transformação comportamental. **RIT - Revista Inovação Tecnológica**, v. 3, n. 1, 2013.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Práticas de enfermeiros na gerencia do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v.66, n.2, p.257-63; 2013.

SCHWARTZ, D.B.; SPECER, T. Transformational Leadership: Implications for Nursing Leaders in Facilities Seeking Magnet Designation. **AORN Journal**. v. 93, n 6, June, 2011.

SILVA, C. M. C.; PEIXOTO, R. R.; BATISTA, J. M. R. A influência da liderança na motivação da equipe. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**. v. 13 n.13, 2011.

SILVA, J de B. Evolução de Liderança e Postura dos Líderes Atuais. **Cient. Ciênc. Juríd. Empres.**, v. 15, n.1. p. 119-127, Londrina, 2014.

SILVA; A. S. M. R *et al.* Liderança, motivação e humanização no ambiente organizacional. **Rev. EPeQ/Fafibe on-line**, 5ª edição, 2013.

SILVEIRA, R.S. **A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético**. 2006. Tese (doutorado em enfermagem)- Programa de pós –graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2006.

SILVEIRA, R.S.; *et al.* Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n.3, p.442-6. 2009.

SIMOLA, S. K.; BARLING, J.; TURNER, N. Transformational leadership and leader moral orientation: Contrasting an ethic of justice and an ethic of care. **The Leadership Quarterly**, v. 21, n. 1, p. 179-188, 2010.

SIQUEIRA, M.M.M. **Modelagem da organização: uma visão integrada**. São Paulo: Bookman, 2014.

SOBRAL, F.; PECI, A. **Administração: teoria e prática no contexto brasileiro**. São Paulo: Prentice Hall, 2008.

SOUSA, L.B.; BARROSO, MGT. Pesquisa etnográfica: evolução e aplicação. Esc Anna Nery. **Rev Enferm**, v.12 n.1, p.150 – 5, 2008.

SOUZA, L.S.G.; SOUZA, L.C. O papel do gestor de RH no desenvolvimento de Lideranças. *Cognitio/pós-graduação UNILINS*, n.1, 2013. Disponível em: <http://revista.unilins.edu.br/>.

STEFANO, S. R; GOMES FILHO, A. C. Estilos de liderança: um estudo comparativo entre empresas de transportes. **Rev. Capital Científico-Eletrônica (RCCe)**. v. 2, n. 1, p. 127-145, 2010.

STRAPASSON. M.R.; MEDEIROS, C.R.G. Liderança transformacional na enfermagem **Rev Bras Enferm**. v.62, n.2, p.228-33, 2009.

SULLIVAN, E. J.; GARLAND, G. **Practical leadership and management in nursing**. Pearson Education, 2010.

SWELLA, E. Inovação no governo e no setor público: desafios e implicações para a liderança. **Rev. do Serviço Público (RSP)**, v.56, n. 3, Brasília: ENAP 2005.

TANNENBAUM, R.; WESCHLER, I.; MASSARIK F. “**Leadership and Organization: A Behavioral Approach**,” New York: McGraw Hill Book Co, Inc., 1961.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. **Cross-cultural adaptation and validation of the Protective Nursing Advocacy Scale for Brazilian nurses**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]., vol.23, n.4, pp. 669-676, 2015.

TREEYAPHAN, S.; KRAIRIKSH, M. SINGHAKHUMFU, L. SUE TURALE, S. Preliminary clinical nursing leadership competency model: A qualitative study from Thailand. **Nursing and Health Sciences**. vol 13,pp. 433–439, 2011.

TSAI, Y. Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. **BMC health services research**, v. 11, n. 1, p. 98, 2011.

VENDEMIATTI et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15. p. 1301-1314, 2010.

WANG, X.; CHONTAWAN, R.; NANTSUPAWAT, R. Transformational leadership: effect on the job satisfaction of Registered Nurses in a hospital in China. **Journal of Advanced Nursing**. vol 68 n. 2, p 444–451. 2012.

WELDING, N.M. Creating a Nursing Residency: Decrease Turnover and Increase Clinical Competence. **Medsurg Nursing**. Jan. Febr., 2011.

WONG, C.A.; LASCHINGER H.K.S. Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating role of empowerment. **Journal of Advanced Nursing** v.69,n.4, p. 947–959. 2013.

YUKL, G.; SEIFERT, C. F.; CHAVEZ, C. Validation of the extended Influence Behavior Questionnaire. **The Leadership Quarterly**, v. 19, p. 609–21, 2008.

ZAMPIERON, A.; SPANIO, D.; BERNARDI, P.; MILAN, R.; BUJA, A. Nurse managers preferred and perceived leadership styles: a study at an Italian hospital. **Journal of Nursing Management**. v. 21, p.521–528, 2013.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa intitulada “Construção do Enfermeiro Líder: uma etnoenfermagem”, que tem como objetivo compreender o processo de construção do enfermeiro líder. A pesquisa será desenvolvida em um hospital no Extremo Sul do Rio Grande do Sul que possui uma equipe de enfermagem composta por 132 enfermeiros, 433 técnicos de enfermagem e 39 auxiliares de enfermagem. A pesquisa será da responsabilidade da mestrandia Liliane Alves Pereira, orientada pelo Professor Dr. Edison Luiz Devos Barlem. Esta pesquisa se caracteriza como risco mínimo. Todavia, se algum dos participantes apresentar desconforto ou constrangimento, se houver necessidade de atendimento será encaminhado ao setor de psicologia da Instituição mencionada acima.

Declaro que fui informado (a), de forma clara dos objetivos, da justificativa, da forma a ser realizada a pesquisa e dos instrumentos e procedimentos de pesquisa. Fui igualmente informado (a):

- De que não serei identificado em nenhuma das fases da pesquisa e que os dados serão tratados resguardando os preceitos do anonimato de confidencialidade;
- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos temas geradores do estudo;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa, sem que traga qualquer prejuízo;
- De que em caso de algum desconforto, que eu necessite de atendimento especializado serei encaminhado para atendimento na própria Instituição;
- De que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término da pesquisa, conforme preconiza a Resolução 466/12;
- Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas da pesquisa bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;

Os responsáveis pela pesquisa colocam-se à disposição dos participantes para qualquer dúvida referente a pesquisa:

Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem-
Mestranda- Liliane Alves Pereira- (53) 32330315

Rio Grande, ____ de _____ de 2015.

Ass. do entrevistado _____

Ass. do entrevistador _____

APÊNDICE B

GUIA DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

- 1- Qual a visão acerca da cultura de liderança?
- 2- Como se estabelece o cuidado perante um paciente culturalmente diferente?
- 3- Diante dos conflitos a enfermeira exerce a liderança? Se não ela quem exerce?
- 4- Como a enfermeira influencia na decisão da equipe?
- 5- Como ocorre o processo dialógico com as equipes multiprofissionais e interdisciplinares?
- 6- Quais as ações do líder que são negligenciadas com maior frequência?
- 7- Como se estabelece a comunicação entre as equipes nos diferentes turnos de trabalho?
- 8- É possível observar subtração no exercício da liderança pela enfermeira?
- 9- Existe uma convergência entre o comportamento gerencial e a ação de cuidado em virtude da advocacia do paciente?
- 10- Observar a presença dos valores, crenças e culturas dos diferentes profissionais no exercício do cuidado.



CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 097/ 2013

CEPAS 53/2013

23116.003456/2013-52

ADVOCACIA DO PACIENTE E COPING NA ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES DE EXERCÍCIO DE PODER MEDIANTE VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO MORAL

Pesq. Resp.: Edison Luiz Devos Barlem

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “**ADVOCACIA DO PACIENTE E COPING NA ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES DE EXERCÍCIO DE PODER MEDIANTE VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO MORAL**”.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório semestral de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/07/2015

Rio Grande, RS, 18 de junho de 2013.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO II



A.C. Santa Casa do Rio Grande

Declarada de Utilidade Pública Federal pelo Dec. 1526 de 20/11/1962, Fins Filantrópicos – Proc. 256680/73 do C.N.S.S., Utilidade Pública Estadual pelo Proc. Nº 003310 – 21.00/97.3 – Boletim nº 006/97 DECID Registrada na STCAS sob o nº 100-745, Utilidade Pública Municipal Pela Lei nº 1.437 de 18/10/1962, Inscrita no CNPJ 94.862.265/0001-42, Hospital de Ensino - Portaria Interministerial MS/MEC nº 2091 de 21/10/2005, DOU 28/10/2005, Seção 1 pág 71, End.: Rua: General Osório, 625 Centro, Cep: 96200-400, Rio Grande – RS.
E-mail: contato@santacasarg.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro que li e estou ciente da pesquisa: “Construção da enfermeira líder: uma etnoenfermagem.”, da pesquisadora Liliane Alves Pereira, orientada pelo Dr. Edson Barlem, a qual somente será desenvolvida após parecer favorável do Comitê de Ética da A. C. Santa Casa do Rio Grande.

Rio Grande, 08 de julho de 2015.

Jeferson Alonso dos Santos
Superintendente da A.C.S.C.R.G.

Jeferson Alonso Dos Santos
Superintendente da ACSCRG



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER

Protocolo: N°07/2015

Título do Projeto: “Construção da enfermeira líder: uma etnoenfermagem”

Objetivos: A compreensão do processo de construção de enfermeira líder.

Pesquisador (a) responsável: Enf^a. Liliane Alves

Parecer CEPAS: O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado, ressalva que os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa; e que é necessário apresentar um **relatório** ao final do estudo para este CEPAS.

Rio Grande, 08 de julho de 2015.

Prof.^a Dr.^a Priscila Aikawa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da ACSCRG