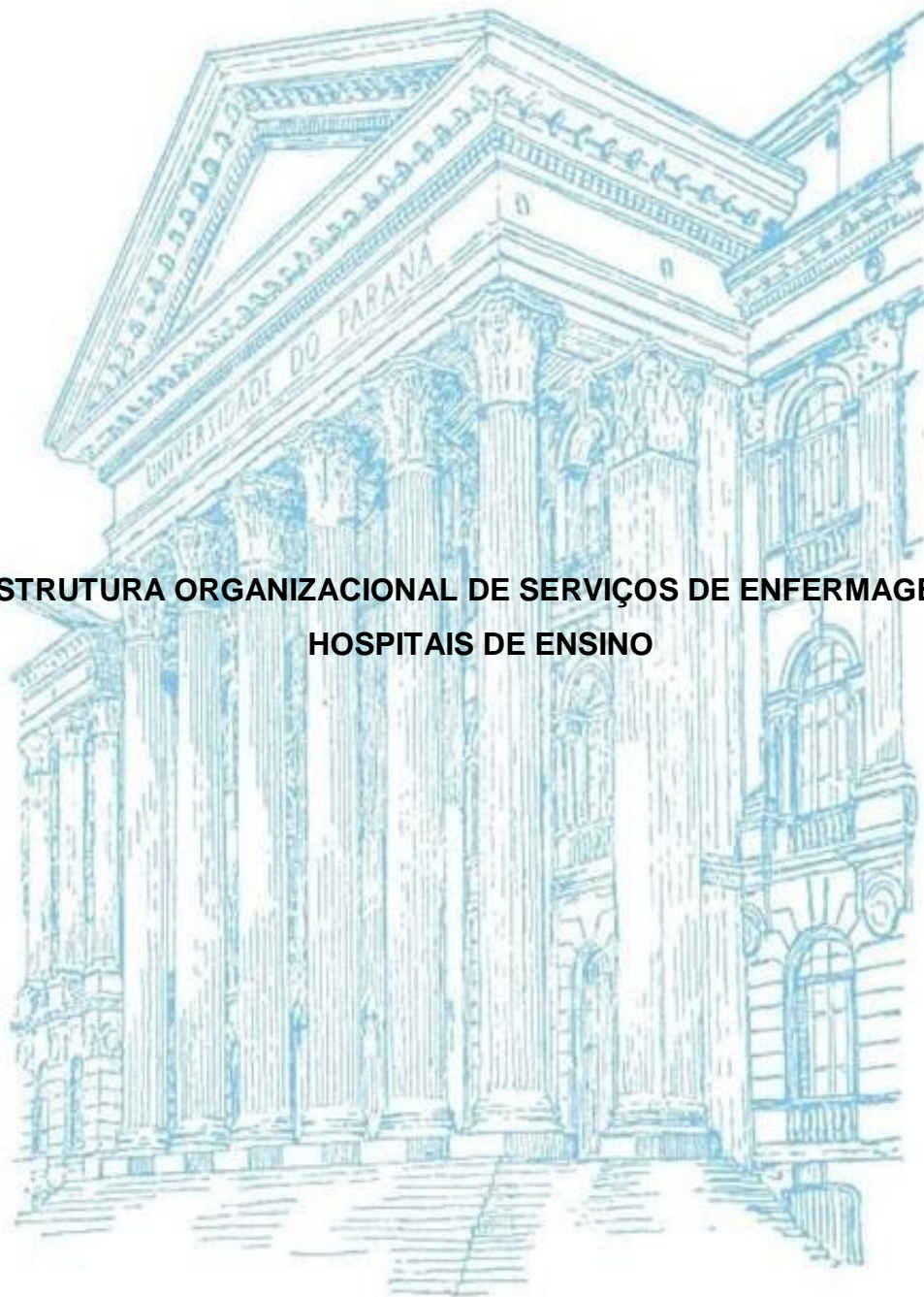


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELIZABETE ARAUJO EDUARDO

**A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM  
HOSPITAIS DE ENSINO**



CURITIBA

2016

ELIZABETE ARAUJO EDUARDO

**A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM  
HOSPITAIS DE ENSINO**

Tese de doutorado apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Bernardino

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danelia Gómez Torres

CURITIBA

2016

Eduardo, Elizabete Araujo  
A estrutura organizacional de serviços de enfermagem em hospitais de ensino /  
Elizabete Araujo Eduardo – Curitiba, 2016.  
185 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino  
Coorientadora: Professora Dra. Danelia Gómez Torres  
Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de  
Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Estrutura organizacional. 2. Estrutura. 3. Descentralização. 4. Formalização. 5. Serviço de enfermagem. 6. Gerenciamento. 7. Hospital de ensino. 8. Enfermagem. 9. Estratégia. 10. Administração de pessoal. 11. Administração. I. Bernardino, Elizabeth. II. Torres, Danelia Gomez. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 362.173068



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM  
Código CAPES: 40001016045P7

### TERMO DE APROVAÇÃO


Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **ELIZABETE ARAUJO EDUARDO**, intitulada: "**A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS DE ENSINO.**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação.

Curitiba, 27 de Abril de 2016.

  
Prof ELIZABETH BERNARDINO (UFPR)  
(Presidente da Banca Examinadora)

  
Prof AIDA MARIS PERES (UFPR)

  
Prof ANA MARIA LAUS (USP/RP)

  
Prof MARIA RIBEIRO LACERDA (UFPR)

  
Prof SELMA REGINA DE ANDRADE (UFSC)

A Deus, meu Pai, meu amigo, minha força e esperança. Sem Ele nada disso seria possível.

A minha mãe querida e aos meus irmãos, exemplos de amor e simplicidade que me ensinaram a lutar e me ajudam a permanecer firme diante dos desafios da vida.

Ao meu pai, saudades do sorriso e das palavras de sabedoria.

Ao meu filho Junior, que me inspira cada vez a crescer profissionalmente.

Ao meu marido querido, pelo apoio e encorajamento neste momento em que iniciamos nossas vidas juntos.

## AGRADECIMENTOS

À orientadora, **Profª Drª Elizabeth Bernardino**, pela confiança, apoio e dedicação neste período de aprendizado, sobretudo pelo acolhimento e estímulo à superação dos limites e dificuldades.

À **Profª Drª Danelia Gómez Torres**, pela participação na construção deste estudo.

Ao **Prof Jitse P. van Dijk MD PhD**, pela valiosa colaboração e dedicação ao longo do desenvolvimento do estágio de doutoramento, e contribuição para o fortalecimento de parcerias entre docentes e instituições.

Aos membros do **Grupo de Pesquisa, Políticas, Gestão e Práticas de Saúde (GPPGPS)** da Universidade Federal do Paraná, pelo aprendizado e valiosa contribuições.

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem** e aos demais docentes do curso, pelos ensinamentos.

À **Coordenadoria Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo financiamento de meus estudos na Holanda.

E, por fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste estudo.

“Our lives begin to end the day we become silent about things that matter.”

—*Martin Luther King Jr.*

## RESUMO

Para atender aos objetivos de descrever a configuração da estrutura dos serviços de enfermagem; explorar as dimensões estruturais, formalização e descentralização destes serviços; e identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros gerentes para organizar o cuidado em hospitais de ensino do Paraná-Brasil e Groningen-Holanda, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, que se caracteriza como estudo de casos múltiplos. A pesquisa consistiu de 15 casos – 12 realizados no Paraná e 03 em Groningen. Foram realizadas entrevistas com 15 enfermeiros gerentes que ocupavam posição de destaque na estrutura organizacional destes hospitais, conduzidas por uma matriz elaborada com questões relacionadas à dimensão da divisão e coordenação do trabalho e outras para identificação de serviços de alta complexidade, trianguladas com a análise documental. Os dados foram coletados no Paraná de março a maio de 2014 e em Groningen, de abril a setembro de 2015. A teoria organizacional elaborada por Mintzberg foi utilizada para examinar as características e as relações entre os elementos da organização da estrutura de Enfermagem. O processo de análise e o cruzamento dos casos forneceu base para generalizações, e as estruturas dos serviços de enfermagem foram separadas em grupos. Posteriormente, foram exploradas as dimensões estruturais formalização e descentralização e suas variações. Para a identificação das estratégias utilizadas pelos enfermeiros gerentes para organizar o trabalho nos hospitais de ensino dos dois cenários, foi utilizada a análise temática de conteúdo e os seguintes temas emergiram: Definição da estrutura organizacional; Características dos trabalhadores; e As forças que influenciam o ambiente de trabalho. Baseando-se na abordagem metodológica e no modelo teórico, os resultados apontaram que os serviços de enfermagem apresentaram formas estruturais híbridas, com prevalência de estruturas profissionais e mecanicistas. Na estrutura dos serviços de Enfermagem pesquisados, foi encontrada a coexistência de alto grau de formalização e alto grau de descentralização; e alto grau de formalização e baixo grau de descentralização. Embora existam diferenças entre os dois países relacionadas à economia, população, sistema de saúde, entre outras, não houve diferença significativa entre o tipo de estratégia adotada pelos gerentes de enfermagem para organizar o seu trabalho. Concluiu-se que a melhor estrutura é a que melhor se adapta à situação do serviço, aos objetivos da organização, ao tipo de atividades desenvolvidas e ao ambiente externo. Outro aspecto é que as diferentes partes da estrutura podem exigir a diferenciação das funções e responsabilidades e diferentes níveis de descentralização e formalização do processo do trabalho para serem eficazes. Entende-se que os gerentes de enfermagem exercem papel fundamental na escolha e definição de elementos estruturais que irão determinar o tipo de estrutura organizacional do serviço e, conseqüentemente, a sua eficiência. Neste sentido, a principal contribuição desta pesquisa está relacionada à importância do gerente de enfermagem em encontrar um ponto de equilíbrio e coerência entre a estrutura adotada e as constantes mudanças nas demandas institucionais e dos sistemas de saúde para garantir um processo de trabalho alinhado aos objetivos organizacionais e às necessidades de saúde dos pacientes.



**Palavras-chave:** Estrutura Organizacional; Estrutura; Descentralização; Formalização; Serviço de Enfermagem; Gerenciamento, Hospital de Ensino, Enfermagem; Estratégia; Administração de pessoal; Administração.

## ABSTRACT

The aim of the research was to describe the structure configuration of nursing services; explore the structural dimensions of formalization and decentralization of these services; and identify the strategies used by managers to organize nursing care in teaching hospitals of Paraná-Brazil and Groningen-Holland. It was held a qualitative approach research, which is characterized as a multiple case study. The survey consisted of 15 cases - 12 performed in Paraná and 03 in Groningen. 15 nurse-managers, who assumed a prominent position in the organizational structure of these hospitals, were interviewed. The survey was conducted by a matrix composed of questions about the dimension of division and coordination of work, and others, for identification of high complexity services, triangulated with document analysis. Data was collected in Paraná from March to May 2014, and in Groningen, from April to September 2015. The organizational theory developed by Mintzberg was used to examine the characteristics and relations among the elements of the organization of nursing structure. The process of analysis and cross cases provided the basis for generalizations, and the structures of nursing services were separated into groups. It was later explored the structural dimensions of formalization and decentralization and its variations. To identify the strategies used by managers to organize the nurses' work in teaching hospitals of the two scenarios, it was used the thematic analysis of content and the following themes emerged: Definition of the organizational structure; Characteristics of workers; and forces that influence the work environment. Based on the methodological approach and the theoretical model, the results showed that the nursing services presented hybrid structural forms, with prevalence of professional and mechanistic structures. In the structure of the surveyed nursing services, it has been found that there are high coexistence degree of formalization and high degree of decentralization; and high degree of formalization and low degree of decentralization. Although there are differences between the two countries, such as economy, population, health care, among others, there was no significant difference between the type of strategy adopted by nursing managers to organize their work. It was concluded that the best structure is the one that best fits the service situation, the organization's objectives, the type of activities developed, and the external environment. Another aspect is that different parts of the structure may require the differentiation of roles and responsibilities of the nurses, and different levels of decentralization and formalization of the labor process to be effective. It is understood that nursing managers play a fundamental role in the selection and definition of structural elements that will determine the type of organizational structure of the service and, therefore, its efficiency. In this sense, the main contribution of this research is related to the importance of nursing manager to find a balance point and between of the adopted structure and the constant changes in the institutional demands and health systems to ensure a working process aligned with organizational goals, and, consequently, the health needs of patients.

**Keywords:** Organisational structure, Decentralization, Formalization, Nursing service, Management, Teaching hospital, Nursing; Strategies; Personnel Administration; Teaching hospitals.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1-</b>	AS CINCO PARTES BÁSICAS DE UMA ORGANIZAÇÃO.....	28
<b>FIGURA 2-</b>	REPRESENTAÇÃO DE MECANISMOS DE COORDENAÇÃO.....	29
<b>FIGURA 3-</b>	RECURSIVIDADE DOS MECANISMOS DE COORDENAÇÃO.....	30
<b>FIGURA 4-</b>	O FLUXO DE AUTORIDADE FORMAL E DAS ATIVIDADES REGULADAS.....	31
<b>FIGURA 5-</b>	O FLUXO DA COMUNICAÇÃO INFORMAL E DO CONJUNTO DE CONSTELAÇÕES DE TRABALHO.....	32
<b>FIGURA 6-</b>	O FLUXO DE PROCESSO DE DECISÃO <i>AD HOC</i> .....	33
<b>FIGURA 7-</b>	O FUNCIONAMENTO COMPLEXO DAS ORGANIZAÇÕES.....	34
<b>FIGURA 8-</b>	ELEMENTOS BÁSICOS DA ESTRUTURA DAS ORGANIZAÇÕES.....	40
<b>FIGURA 9-</b>	BASE ESTRUTURAL METODOLÓGICA DA PESQUISA.....	53
<b>FIGURA 10-</b>	SINTESE DO DESENHO DA PESQUISA.....	61
<b>FIGURA 11-</b>	FORMALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO E AS COMBINAÇÕES ENCONTRADAS DESTAS DIMENSÕES.....	69

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b>	- DIMENSÃO DAS CINCO CONFIGURAÇÕES ESTRUTURAIS.....	42
<b>QUADRO 2</b>	- QUADRO DE ANÁLISE DOS ELEMENTOS ESTRUTURAIS DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM.....	58
<b>QUADRO 3a</b>	- TIPOS DE ESTRUTURAS DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM.....	63
<b>QUADRO 3b</b>	- TIPOS DE ESTRUTURAS DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM.....	64
<b>QUADRO 3c</b>	- TIPOS DE ESTRUTURAS DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM.....	65
<b>QUADRO 3d</b>	- TIPOS DE ESTRUTURAS DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM.....	66

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b>	-	CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS GERENTES.....	55
<b>TABELA 2</b>	-	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS ENFERMEIROS GERENTES.....	56

## LISTA DE SIGLAS

AG	Alto Gerente
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
GPPGPS	Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
HE	Hospitais de Ensino
IES	Instituição de Ensino Superior
IOM	Institute of Medicine
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NEEPS	Núcleo de Estudo, Ensino e Pesquisa em Saúde
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PAP	Procedimentos Assistenciais Padrão
SESA	Secretaria da Saúde do Paraná
SS	Sistema de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TMO	Serviço de Transplante de Medula Óssea
UMC	University Medical Centre

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
1.1 A TRAJETÓRIA PERCORRIDA .....	17
1.2 APRESENTAÇÃO DO TEMA DE PESQUISA .....	20
1.3 PROBLEMÁTICA .....	22
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>27</b>
2.1 TEORIA DA ESTRUTURA DAS ORGANIZAÇÕES DE MINTZBERG .....	27
2.2 TIPOS DE ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS .....	40
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>43</b>
3.1 OS HOSPITAIS DE ENSINO NO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL .....	43
3.2 OS HOSPITAIS DE ENSINO NO SISTEMA DE SAÚDE DA HOLANDA ...	45
3.3 A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NOS HOSPITAIS DE ENSINO COM FOCO NA GERÊNCIA.....	47
<b>4 PROPOSIÇÕES</b> .....	<b>50</b>
<b>5 OBJETIVOS</b> .....	<b>51</b>
<b>6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	<b>52</b>
6.1 DESENHO DO ESTUDO .....	52
6.2 CENÁRIO .....	54
6.3 PROCEDIMENTOS.....	55
6.4 MENSURAÇÃO.....	58
6.5 ANÁLISE .....	59
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>62</b>
7.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DOS HOSPITAIS DE ENSINO.....	62
7.1 DISCUSSÃO .....	66
7.2 AS DIMENSÕES ESTRUTURAIS FORMALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO NA ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM.....	69
7.2.1 O alto grau de descentralização e o alto grau de formalização .....	70
7.2.2 O baixo grau de descentralização e o alto grau de formalização .....	71
7.2 DISCUSSÃO .....	72

7.3 AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO ALTO GERENTE DE ENFERMAGEM PARA ORGANIZAR O TRABALHO NA DIMENSÃO GERENCIAL, RELACIONADAS AO ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA..	74
7.3.1 Definição da estrutura organizacional .....	75
7.3.2 Características da força de trabalho.....	76
7.3.3 Forças que influenciam o ambiente de trabalho .....	76
7.3 DISCUSSÃO .....	78
<b>8 LIMITAÇÕES E FORÇAS DO ESTUDO.....</b>	<b>82</b>
<b>9 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>83</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>100</b>
ANEXO 1- PARECER COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA .....	100
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>103</b>
APÊNDICE 1a- MATRIZ DE CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FORMAL DO SERVIÇO ENFERMAGEM .....	103
APÊNDICE 1b- MATRIZ DE CARACTERIZAÇÃO RELACIONADA À FUNÇÃO DA ORGANIZAÇÃO COMO HOSPITAL DE ENSINO.....	107
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO .....	110
APÊNDICE 3 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 1B .....	112
APÊNDICE 4 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 2B .....	117
APÊNDICE 5 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 3B .....	123
APÊNDICE 6 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 4B .....	127
APÊNDICE 7 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 5B .....	133
APÊNDICE 8 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 6B .....	137
APÊNDICE 9 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 7B .....	144



APÊNDICE 10 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 8B .....	148
APÊNDICE 11 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 9B .....	154
APÊNDICE 12 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 10B .....	158
APÊNDICE 13 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 11B .....	163
APÊNDICE 14 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 12B .....	168
APÊNDICE 15 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 13H .....	172
APÊNDICE 16 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 14H .....	176
APÊNDICE 17 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 15H .....	180

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A TRAJETÓRIA PERCORRIDA

Refletindo nas pessoas que conheci, nos amigos que fiz, e nos pacientes que tive a responsabilidade de cuidar, posso dizer que minha vida profissional tem sido marcada constantemente por desafios, medos, e alegrias. Iniciei minha carreira como enfermeira assistencial de um hospital renomado em São Paulo, Hospital Beneficência Portuguesa, e foi na Unidade Coronariana, que aprendi inicialmente a prestar cuidados básicos de Enfermagem, passando posteriormente para cuidados mais complexos e, antes de ser “promovida” Enfermeira Administrativa, retornei para Curitiba.

A experiência na assistência me deu segurança para aceitar o desafio de trabalhar com pacientes de alta complexidade no TMO (Serviço de Transplante de Medula Óssea) do Hospital de Clínicas. Foi no atual Serviço de Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas que desenvolvi atividades assistenciais por onze anos. Neste tempo me chamou a atenção, a qualidade da assistência e a relação desta com o resultado do meu trabalho, das minhas colegas, da equipe multidisciplinar especializada, em conjunto às atividades gerenciais realizadas pela enfermeira Euza T. T. Ortega. A compreensão sobre a necessidade e a importância da organização do ambiente para a prática do cuidado começou a se consolidar neste período.

Outras experiências profissionais aconteceram e me prepararam para um dos mais recentes desafios: o de contribuir para a abertura de um hospital público em Campo Largo/PR. No Hospital Infantil Waldemar Monastier, tive a oportunidade de implantar e coordenar o setor de educação continuada e permanente, o Núcleo de Estudo, Ensino e Pesquisa em Saúde (NEEPS). Por ser um hospital novo, participei da construção da estrutura organizacional, da constituição dos níveis hierárquicos, da formação dos fluxos de trabalho e de comunicação e do estabelecimento das relações entre os profissionais.

Apesar da estrutura organizacional formal (organograma) e a descrição dos cargos e funções terem sido direcionadas pela Secretaria da Saúde (SESA) do Paraná, percebi que os profissionais que assumiam cargos gerencias, especialmente o da Direção de Enfermagem, junto aos demais

líderes organizacionais, definiam as características dos elementos da estrutura organizacional (a formalização dos trabalhadores, as figuras de autoridades e os níveis hierárquicos instituídos entre a direção e a equipe, a escolha de quem desenvolvia e quem participava do desenvolvimento das estratégias de trabalho). Já havia aprendido na prática que mudanças na forma de trabalho do enfermeiro gerente interferem em como o cuidado é realizado. Naquele momento ficou mais evidente que outras forças, tanto do ambiente externo (mudanças no governo, diferentes diretrizes de trabalho, disputas de poder) como as de dentro do hospital, afetavam o trabalho e impactavam a assistência. O desenvolvimento do projeto de dissertação, que aconteceu na mesma instituição e teve como objeto de pesquisa o uso de instrumentos como a liderança, a negociação, o processo de tomada de decisão para a prática gerencial, por um lado, respondeu a alguns questionamentos, por outro, aumentou a necessidade de conhecer melhor a prática gerencial.

Com a realização do curso de doutorado, surgiu então a oportunidade de investigar a fundo “como” e “por que” as coisas aconteciam daquela forma, e entender como o enfermeiro gerente organiza o trabalho em resposta a responsabilidade de contribuir com o alcance dos objetivos organizacionais, sob a pressão do ambiente externo e interno (características da força de trabalho, orçamento, interesses políticos, autonomia para gerenciar). Pude pesquisar de que forma as funções administrativas se estabelecem (nível de centralização das decisões, amplitude de controle, fluxo de comunicação), funções que, no meu entendimento, direcionam o serviço de Enfermagem para configurações estruturais, que podem favorecer ou não o alcance de metas assumidas pelo serviço e/ou pela organização.

No desenvolvimento do projeto de pesquisa do doutorado, optou-se pela realização da pesquisa em Hospitais de Ensino (HE) por estes estabelecimentos terem passado na última década no Brasil por um programa de reestruturação. Na introdução de um novo modelo gerencial pelas políticas públicas, mudou-se a lógica de funcionamento destes hospitais de forma padronizada, o que faz com que estes sejam um rico cenário para observar a dinâmica do serviço de Enfermagem na organização do trabalho (manifestação do fenômeno).

Para apreensão do fenômeno, decidiu-se pela realização de estudo de casos múltiplos. Principalmente, devido ao método desenvolvido por Yin (2014) favorecer o conhecimento com profundidade do objeto de estudo dentro da realidade em que ele se apresenta. Outro fator que contribuiu para o enriquecimento da pesquisa e trouxe novos *insights* sobre a relação estrutura organizacional e *performance* do serviço de Enfermagem foi a realização do estágio doutoral na University Medical Centre Groningen, Universidade de Groningen, nos Países Baixos.

O estágio foi promovido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que, em conjunto a outros órgãos do Ministério da Educação e da Ciência, Tecnologia e Inovação do Brasil, busca elevar o nível de qualidade dos estudantes brasileiros de cursos de Pós-Graduação, ao oportunizar o desenvolvimento de estudos junto a pesquisadores experientes de Instituição de Ensino Superior (IES) estrangeiras (BRASIL, 2014). A parte inicial do planejamento do estágio envolveu a busca por pesquisadores da área de Gerenciamento de Serviços de Saúde, por meio do corpo docente dos sites das universidades e leitura dos currículos. Após contato com alguns professores, o Prof. Jitse P. van Dijk, MD PhD da University Medical Centre Groningen, Universidade de Groningen, dos Países Baixos, aceitou de imediato realizar a supervisão do estágio. Posteriormente, foi desenvolvido o plano de pesquisa que teve como base o objeto de estudo – a estrutura organizacional dos serviços de Enfermagem de HE.

As atividades do plano de pesquisa também incluíram visitas aos hospitais de Groningen – o Hospital University Medical Centre Groningen, o Hospital Martini Hospital, e o Leveste Hospital. Inicialmente o estágio visava aprofundar as discussões sobre os resultados preliminares da pesquisa encontrados nos serviços de Enfermagem dos HE do Paraná com base no referencial metodológico adotado. Contudo, a estrutura da universidade visitada e a receptividade do professor-supervisor permitiram a extensão da pesquisa e a exploração de elementos estruturais divergentes encontrados, no contexto holandês. Foi possível também identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para organizar o trabalho, apesar da configuração da equipe de enfermagem holandesa ser diferente da do Brasil. Neste aspecto, para compreender a inserção do enfermeiro no sistema de saúde holandês, foram

realizadas visitas em duas Escolas de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, além de conversas informais com enfermeiros da prática dos hospitais mencionados.

As próximas páginas apresentam de forma pormenorizada como se desenvolveu este tempo e a divisão da pesquisa em si, que está inserida na linha de pesquisa Gerenciamento dos Serviços de Saúde e Enfermagem desenvolvida pelo Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) da Universidade Federal do Paraná. O capítulo 1 discorre sobre a reestruturação do HE, as mudanças requeridas pelo serviço de Enfermagem e de que forma esta situação pode se constituir um problema para a prática gerencial. Em seguida, o capítulo 2, expõe a Teoria da Estrutura das Organizações elaborada por Henry Mintzberg, base teórica desta pesquisa.

O capítulo 3 apresenta a revisão de literatura acerca das características dos HE no Brasil e na Holanda, e o processo de trabalho gerencial do serviço de Enfermagem nestes estabelecimentos. Posteriormente, nos capítulos 4, 5 e 6, os aspectos metodológicos são apresentados, seguido do capítulo 7 com os resultados e a discussão sobre o assunto. Para finalizar, o capítulo 10 expõe as considerações finais a que nos conduziram os resultados.

## 1.2 APRESENTAÇÃO DO TEMA DE PESQUISA

As organizações hospitalares são complexas e dinâmicas e responsáveis por fornecerem cuidados de saúde à população. (REN; KIESLER; FUSSELL, 2008). Entre estas, se encontram os HE que, de acordo com a Association of American Medical Colleges (2009), além de atuarem na assistência, têm a responsabilidade de contribuir na formação e qualificação de profissionais de saúde e no desenvolvimento das pesquisas, desempenhando um importante papel na incorporação tecnológica na saúde.

O fornecimento de serviços de saúde nos HE é de média e alta complexidade, e é justamente a capacidade de realizar diagnósticos e tratamentos sofisticados que os distingue dos demais hospitais. (ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES, 2009). Embora, seja indiscutível o valor dos HE para a sociedade, no Brasil os HE apresentaram por anos sinais de uma crise apontada, inicialmente, como de caráter financeiro.

Contudo outros fatores dificultam sua efetiva funcionalidade. (CHIORO DOS REIS; CECÍLIO, 2009).

Entre os problemas, identifica-se a irracionalidade na distribuição dos leitos hospitalares. Com o foco no atendimento de média e baixa complexidade, os serviços de alta densidade tecnológica e profissionais especializados são utilizados para resolução de problemas básicos de saúde. Além disso, os leitos hospitalares são ocupados com pacientes sem perfil para internações prolongadas. Estes fatores implicam na indefinição da função dos HE na rede de serviços de saúde. (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Outro problema está relacionado à má gestão tanto das esferas governamentais como das de nível hospitalar. Esta administração precária é caracterizada pela falta de controle dos repasses financeiros e uso inadequado dos recursos; fragilidade nos mecanismos de auditoria e monitoramento da qualidade e quantidade dos serviços prestados. (BRASIL, 2004a).

No enfrentamento desta situação, o governo brasileiro lançou um programa de reestruturação dos HE que iniciou a partir da publicação da Portaria nº. 2.352/04. O critério de alocação de recursos financeiros passou a ser por desempenho (qualidade das ações), em oposição à lógica anterior de ganho por produtividade (quantidade de ações). Para isso, indicadores de gestão foram definidos como metas a serem monitorados pelo Ministério da Saúde. Os hospitais também precisaram alinhar o perfil de atendimento no Sistema Único de Saúde – SUS, e as atividades de ensino e pesquisa. (BRASIL, 2004a).

Decorrente disso, as áreas que prestam assistência de saúde dentro dos hospitais passaram por constantes ajustes (Duffield et al., 2007), inclusive na estrutura organizacional do serviço de enfermagem que, nas organizações hospitalares, representa 35%-40% do total de profissionais atuantes. (SIQUEIRA; PETROLINO; CONISHI, 2012). Mudanças necessárias para responder aos acordos pactuados entre gestores do SUS e dos hospitais, caracterizadas por uma nova ação estratégica.

De acordo com Chandler (1962), Ackoff (1974) e Ansoff e McDonell (1990), estratégia pode ser definida como a adoção por uma organização, de metas a serem cumpridas a longo prazo e a definição de atividades e recursos (financeiros, equipamentos, materiais, instalações, e inclusive as habilidades

técnicas dos administradores) usados para o alcance do que foi estabelecido. Chandler (1962) ressalta que mudanças na forma de gerir têm impacto na estrutura organizacional, uma vez que a administração de uma organização é feita por sua configuração estrutural.

Chandler (1962) e Mintzberg (1987), salientam a importância da relação e a interdependência entre estratégia e estrutura. É reconhecido também o entendimento de que a estrutura segue a estratégia e determina as atividades primárias e a ordem em que tarefas serão executadas. (DRUCKER, 1974). Considerando-se que o curso estabelecido para o desenvolvimento da estratégia pode não ter os resultados esperados devido à estrutura adotada (MINTZBERG, 1995; SAINI; SINGH, 2008); e que as estruturas organizacionais devem ser concebidas para implementar as estratégias (MINTZBERG, 1995) a questão norteadora deste estudo é: **como o serviço de enfermagem de hospitais de ensino se organiza, para atender os objetivos organizacionais?**

### 1.3 PROBLEMÁTICA

A elaboração do problema de pesquisa considerou o contexto dos HE no Brasil, embora posteriormente a pesquisa tenha se estendido para a Holanda, manteve-se como referência os elementos que constituíram o problema inicialmente e foi base para o desenvolvimento do projeto de pesquisa.

Parte do programa de reestruturação dos HE, no Brasil consiste na responsabilidade dos hospitais de celebrarem um contrato anual, assinado entre as partes – os gestores do SUS e os líderes organizacionais dos HE. Este se resume basicamente no planejamento das atividades na dimensão gerencial, ensino, pesquisa e assistência. As ações devem estar dentro do orçamento das unidades hospitalares, bem como devem apresentar mecanismos sistemáticos de avaliação e de incentivos financeiros conforme o alcance dos resultados pré-acordados. (LIMA; RIVERA, 2012).

Para atender a solicitação governamental os HE precisaram criar instrumentos para implantação deste modelo. (BRASIL, 2012). Portanto, o novo modelo gerencial proposto pelas políticas públicas trouxe consigo também a necessidade dos HE (re)alinharem sua estrutura organizacional. Diante disso

compreende-se que as diretrizes governamentais provocaram mudanças na dinâmica organizacional dos HE. Conseqüentemente esta nova situação exige alterações no serviço de enfermagem para que haja coerência entre o trabalho realizado e os resultados esperados e a estrutura organizacional adotada, pois de acordo com Mintzberg (1981) a coerência e a consistência são as chaves do arranjo organizacional eficiente.

As organizações constituem o objeto de estudo de várias áreas como sociologia, antropologia, psicologia, economia, ciências políticas. Desta forma existe um acúmulo de conhecimento sobre elas. (LIMA, 1996). Portanto não se pretende aqui explorar as diferentes abordagens da literatura sobre o mesmo objeto, mas sim agrupá-las.

Assim, diante da pluralidade de perspectivas advindas de diferentes campos de estudo, Hatch e Cunliffe (2006) destacam quatro principais, reconhecidas em determinada década da história da humanidade. A perspectiva pré-histórica que compreende o período de 1900 a 1950 e representa os pensamentos de estudiosos da teoria da organização antes mesmo dela ser denominada desta forma; a perspectiva moderna (1960 a 1970); a simbólico-interpretativa (1980); e a pós-moderna (1990).

Cada perspectiva agrega pensamentos e conceitos que refletem a crença, conhecimento e visão de mundo de determinada época. Um conjunto de diferenças ontológicas e epistemológicas, que influenciam o modo como as pessoas se relacionam com o mundo e com os outros; os pesquisadores realizam suas pesquisas; os gerentes coordenam suas organizações. Estas se constituem em uma forma singular de olhar a organização ou ferramenta para se enfrentar determinada situação dentro dela. (HATCH; CUNLIFFE, 2006).

Para Hatch e Cunliffe (2006) a partir de Thompson (1956) o avanço da ciência administrativa depende de experimentos que mostrem como as coisas são feitas sem deixar de evidenciar as possíveis combinações entre os achados. Observa-se nesta afirmação, de um dos pensadores do período modernista, que a verdade depende da medição confiável da realidade que permite testar o conhecimento, e que somente a partir do acúmulo do conhecimento o progresso e a evolução acontecem favorecendo as pessoas. Estas são características da base epistemológica deste período, o positivismo.



Conseqüentemente as organizações são entidades que atuam objetivamente em um mundo real, quando bem gerenciadas são sistemas de decisão e ação norteadas por normas racionais, em busca de eficiência e eficácia para alcance de determinados fins, com foco em leis universais, métodos, técnicas de organização e controle, ênfase em estruturas racionais, regras de procedimentos e rotinas padronizadas. (HATCH; CUNLIFFE, 2006).

Já no período simbólico-interpretativo a realidade é entendida como um fenômeno que existe independente da nossa vontade, construída por um conjunto de fatores sociais decorrentes dos atos da humanidade. O homem constrói a realidade ao mesmo tempo em que por ela é construído (influenciado). Ancorada pela realidade da vida cotidiana, a sociedade se apresenta a partir de duas perspectivas complementares – a realidade objetiva e a realidade subjetiva. A primeira opera com mecanismos básicos de institucionalização e legitimação, a segunda a partir de um processo de internalização da primeira, consiste da percepção, interpretação, questionamento de uma situação que está objetivada. (BERGER; LUCKMANN, 2005).

Nesta perspectiva o conhecimento é definido como a interpretação que o indivíduo faz da sua realidade. (BERGER; LUCKMANN, 2005). O interpretativismo é a base epistemológica da perspectiva simbólico-interpretativa da teoria das organizações. Neste sentido o conhecimento é algo relativo ao conhecedor, que só pode ser apreendido a partir do ponto de vista das pessoas que estão diretamente envolvidas. A verdade é socialmente construída por meio de múltiplas interpretações, dos objetos de conhecimento e, portanto, muda e transforma-se ao longo do tempo. As organizações a partir desta perspectiva são locais continuamente construídos e reconstruídos pela interação simbolicamente mediada por seus membros, ou seja, os significados promovem e são promovidos pela compreensão do indivíduo e do grupo. (HATCH; CUNLIFFE, 2006).

Os pensadores pós-modernistas não acreditam na realidade objetivamente definida, epistemologicamente falando, para eles não há realidade independente, não existem fatos, apenas interpretações. O conhecimento neste contexto não pode ser um relato preciso da verdade porque não pode ser fixo, ele é um jogo de poder. (HATCH; CUNLIFFE, 2013).

A influência dos pensadores pós-modernistas nas organizações faz com que estas sejam cenários para promulgar as relações de poder, a opressão e a irracionalidade. São também locais onde há distorções na comunicação, pois se acredita que o mundo surge através da linguagem e está situado no discurso. (HATCH; CUNLIFFE, 2006).

Estas múltiplas perspectivas das organizações buscam dar respostas para o ambiente complexo em que estas operam, pois são locais repletos de contradições e incertezas. (LIMA, 1996). A partir das diferentes perspectivas dos estudiosos da estrutura organizacional, Mintzberg, por meio de símbolos, analogias e tipificações explica a organização como sistema social-econômico-político que permite compreender a natureza macro das organizações inclusive a configuração/*design* organizacional. (SILVA, 2005).

Na última década, mudanças na organização estrutural da enfermagem foram justificadas pela necessidade de apoiar a prática baseada em evidências (FLODGRÉN et al., 2012); para atender a orientação do mercado globalizado dos cuidados de saúde e as novas tendências para melhoria da qualidade. (BAHADORI et al., 2015). Também é de conhecimento que a estrutura da Enfermagem incide sobre a satisfação dos profissionais, nas condições do trabalho e principalmente sobre a qualidade do atendimento ao paciente. (LASCHINGER et al., 2008; MAENHOUT; VANHOUCHE, 2013).

Neste contexto, o da importância da estrutura organizacional para prática gerencial, a Teoria da Estrutura das Organizações Mintzberg (2010), altamente difundida e aceita, explica o comportamento das organizações, principalmente as consideradas complexas como são as organizações hospitalares devido a sua dinamicidade. A teoria traz esclarecimentos sobre as forças que determinam como ocorre a divisão interna de trabalho; o nível de descentralização das decisões; os fluxos em que a comunicação flui; o comportamento da força de trabalho dependendo da parte organizacional a que pertence; e a relação da organização com o ambiente externo. Este aspecto multiforme da teoria baseia-se no posicionamento das organizações para enfrentar as contingências a que estão expostas. (HALL, 1984).

Na atualidade, a teoria elaborada por Mintzberg (1979), cada vez mais tem sido utilizada em diferentes contextos na busca por maior conhecimento da estrutura organizacional. Na Finlândia, foi utilizada para desenvolver um estudo

que examinou a estrutura de poder de gerentes de primeira de linha, profissionais que realizam atividades gerenciais e estão próximos aos operacionais; e abrangeu médicos e enfermeiros da metade dos distritos hospitalares do país. (ISOSAARI, 2011). Em Marrocos, auxiliou na análise da gestão de um hospital universitário, durante a reestruturação da tomada de decisão institucional. (MAKHLOUF et al., 2012). Para Witzel (2013), é nos aspectos relacionados ao comportamento humano (valores, crenças e atitudes) que a teoria trouxe acréscimos à natureza prática do trabalho em gestão, perspectiva que diverge de muitas outras teorias desta área.

Desta forma, assume-se a Teoria da Estrutura das Organizações Mintzberg (2010), como referencial para compreensão do funcionamento da configuração organizacional dos serviços de enfermagem dos HE.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O desenvolvimento da estrutura teórica é parte do planejamento do projeto de pesquisa, orienta o estudo de caso, direciona para coleta de dados relevantes e generalizações dos resultados encontrados. Desta forma, a base teórica desta pesquisa foi construída considerando seu propósito, os diversos tópicos e o provável tópico central de sua descrição. (YIN, 2005). Assim, esta seção apresenta: A Teoria da Estrutura das Organizações de Mintzberg.

### 2.1 TEORIA DA ESTRUTURA DAS ORGANIZAÇÕES DE MINTZBERG

Henry Mintzberg professor renomado e autor de inúmeras publicações na área de negócios e gerência, nasceu em 02 de setembro de 1939. Em 1961 formou-se em engenharia mecânica, pela Universidade McGill, e realizou mestrado em 1965. Foi sua tese intitulada – *The Manager at Work: Determining His Activities, Roles and Programs by Structured Observation*, que deu base para um dos seus mais famosos livros – *The Nature of Managerial Work* (1973). Dedicou sua vida ao ensino acadêmico, sendo atualmente professor de *Management Studies* na Universidade McGill. Durante o desenvolvimento de sua carreira recebeu inúmeros prêmios, como o de autor do melhor artigo na *Harvard Business Review* (1975) e o melhor livro de gestão publicado pela *Academy of Management* (1995). Conhecido por se um autor polêmico, principalmente por se opor a conceitos formalmente aceitos na administração, como por exemplo, a separação entre liderança e gerência; e entre estratégia e planejamento estratégico; sua contribuição foi sempre orientada para a prática gerencial e abrange assuntos como a liderança, o controle, a mentalidade e o comportamento gerencial, a estrutura organizacional, as políticas públicas entre outros. (WITZEL, 2013).

Mintzberg (1995) afirma que o trabalho, entendido como atividade humana formalmente organizada, retrata a estrutura de uma organização. Para (Sahay; Gupta, 2011) a estrutura da organização refere-se à maneira como o trabalho e os trabalhadores estão organizados; como as regras e procedimentos formais são definidos; como o trabalho é dividido de acordo com a especialização funcional de cada trabalhador; como é determinado o

funcionamento e as funções que os membros da organização precisam executar; e o delineamento do poder para tomar decisões a nível organizacional e pessoal. Outra definição, dada por Saini e Singh (2008), foca na autoridade formal delegada para distribuir, e coordenar as atividades em um esforço comum e essencial para cumprir com os objetivos organizacionais. Para Lawrence e Lorsch (1967), este esforço vem primeiramente de cada integrante da organização responsável por parte da tarefa, e compõe um sistema maior de comportamentos interrelacionais de pessoas que realizam uma determinada atividade para atingir objetivos comuns.

As Organizações de acordo com Mintzberg (2010) têm cinco componentes, três fazem parte do modelo clássico 'linha da hierarquia' e incluem a atividade do **núcleo operacional**, a linha de produção; a **linha intermediária**; e a alta gerência ou cúpula ou ainda o **vértice estratégico** (ápice da hierarquia). Os outros dois, são parte do *staff*, estão fora da hierarquia, e incluem os analistas técnicos, que fazem parte da **tecnoestrutura** (profissionais que categorizam de forma sistemática os procedimentos da organização e definem como serão realizados a fim de padronizar e controlar as tarefas executadas); estes especialistas devido a forma de trabalho têm autoridade funcional sobre os demais trabalhadores. (MINTZBERG, 1979; DINESH, 2003); e o **peçoal de apoio** (que fornecem assessoria aos demais serviços, como a assessoria jurídica, financeira, entre outros).

Os componentes da organização representam como o trabalho pode ser dividido em partes básicas (FIGURA 1).

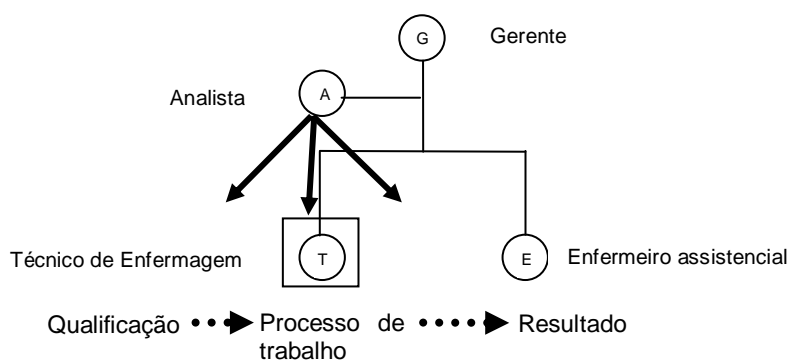
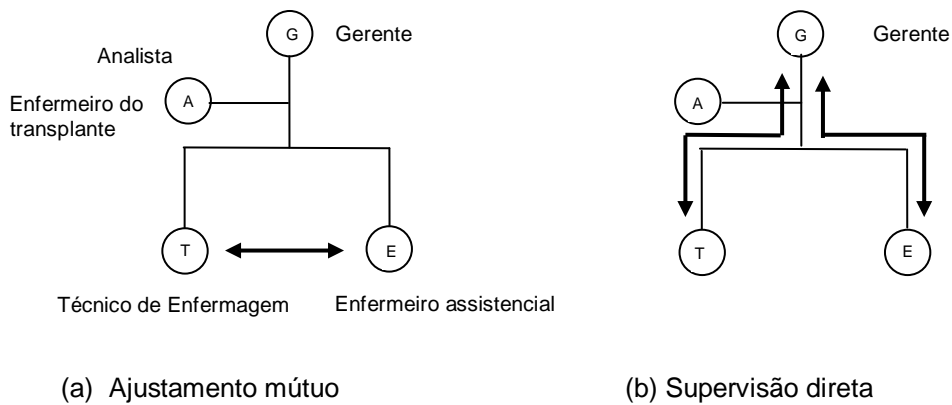
FIGURA 1 - AS CINCO PARTES BÁSICAS DE UMA ORGANIZAÇÃO



FONTE: Adaptado de Mintzberg (1995).

Mintzberg (2010) define cinco métodos pelos quais as organizações são dirigidas (FIGURA 2) – a supervisão direta; a padronização dos processos de trabalho; a padronização das habilidades dos profissionais; o ajuste entre os profissionais durante a realização de atividades simples ou complexas; e a padronização dos resultados que se quer alcançar com o trabalho. Na (FIGURA 2) dá-se como exemplo de ajustamento, os ajustes que acontecem entre especialistas no desenvolvimento de projeto de implantação de um serviço de transplante de órgãos em um hospital geral.

FIGURA 2 - REPRESENTAÇÃO DE MECANISMOS DE COORDENAÇÃO

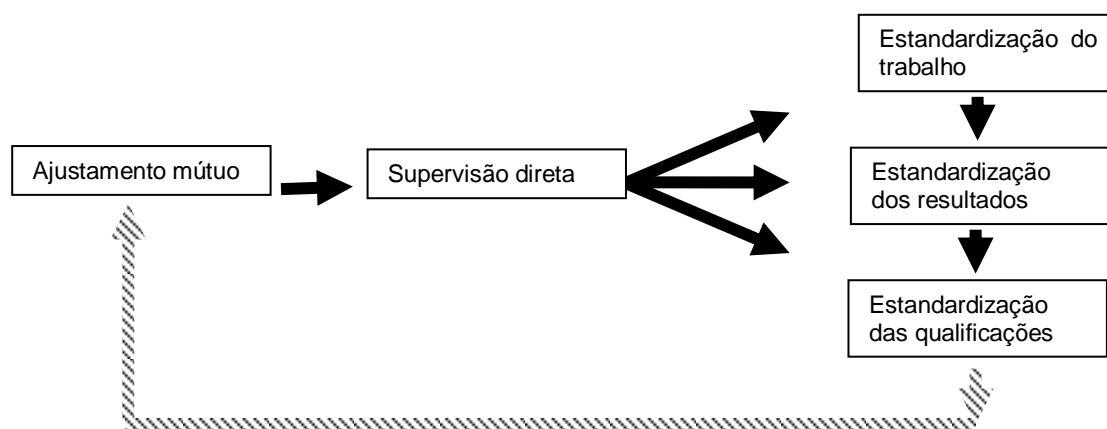


(c) Padronização dos processos, das habilidades e dos resultados

FONTE: Adaptado de Mintzberg (2010).

À medida que o trabalho se torna mais complexo, os mecanismos de coordenação mostram-se recursivos, como exemplificado na (FIGURA 3).

FIGURA 3 - RECURSIVIDADE DOS MECANISMOS DE COORDENAÇÃO



FONTE: Adaptado de Mintzberg (2010).

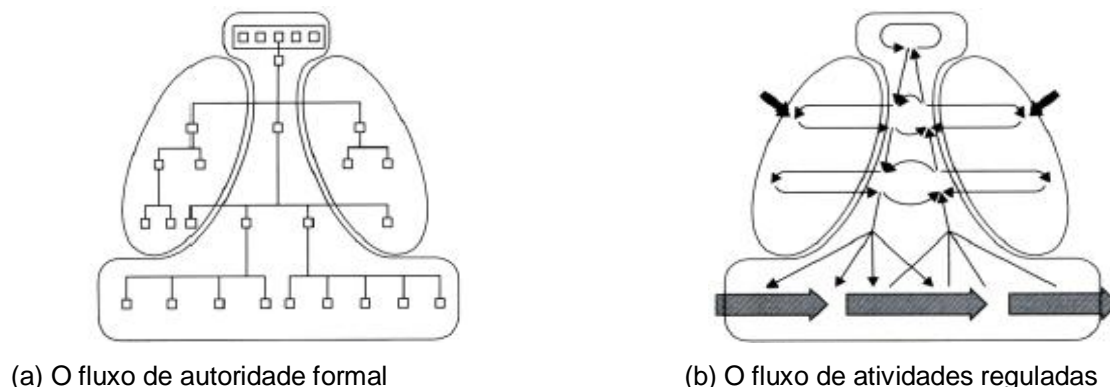
Em síntese, quando as tarefas são rotineiras, a organização pode padronizar seus próprios processos de trabalho. Contudo, se a complexidade aumenta, a organização se obriga a padronizar os resultados, deixando para o trabalhador a escolha do melhor processo. Em casos, ainda mais complexos, resta à organização padronizar a qualificação dos trabalhadores. Se com este mecanismo não for possível coordenar o trabalho, a organização terá que retornar a utilizar o mais simples, mas ao mesmo tempo o mais adaptável dos mecanismos de coordenação, o ajustamento mútuo.

O funcionamento das organizações é explicado a partir de cinco teorias. Cada fluxo e sistema representa a visão que a escola teórica tem sobre a organização a partir da teoria das organizações. Dependendo da perspectiva, as organizações são vistas como um “sistema de autoridade formal; um sistema de fluxo de informação regulada; um sistema de comunicação informal; um sistema complexo de processo de trabalho; e de decisão *ad hoc*”, descritas a seguir. (MINZBERG, 2010).

A organização como um sistema de autoridade formal é descrita em forma de um mapa (organograma), esta perspectiva é rejeitada por muitos teóricos por não conseguir representar as relações de poder e comunicação que acontecem dentro da organização (FIGURA 4a). Contudo, se considerada dentro do contexto, representa a imagem da divisão de trabalho, os cargos existentes na organização, como eles são agrupados e como a autoridade

formal flui entre eles. Embora não representada no organograma, a estrutura informal é limitada e condicionada pela formal, em três aspectos: a estrutura formal direciona o formato da informal, contribui para as características de defesa que a estrutura informal cria em sua resistência, e exige uma conformidade aparente aos princípios da formalidade. (MINTZBERG, 2010).

FIGURA 4 – O FLUXO DE AUTORIDADE FORMAL E DAS ATIVIDADES REGULADAS



FONTE: Mintzberg (2010).

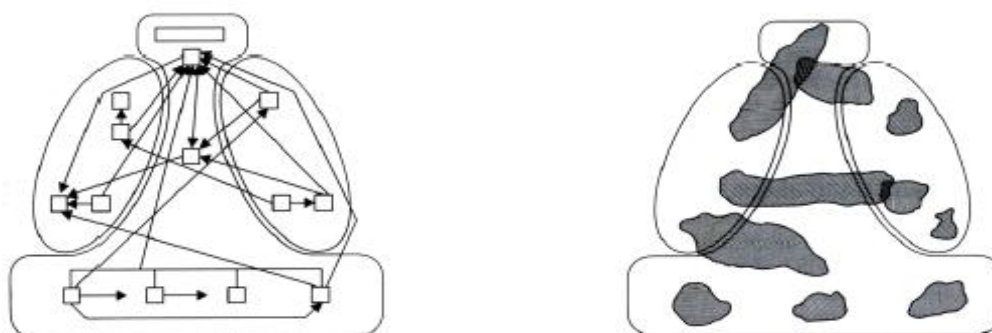
Porém a visão da organização como um sistema de fluxos regulados continua a ser uma das preferidas dos teóricos da organização sobre os sistemas de planejamento e controle. Na (FIGURA 4b), pode-se observar os fluxos das matérias-primas, da informação e dos processos de decisão (apenas aqueles que são sistematizados e altamente controlados).

Os fluxos regulados de controle são representados como caminhos verticais, que vão para cima e para baixo na linha hierárquica. Seguindo o caminho para cima, tem-se a informação que sai do centro operacional, ao passo que, para baixo, circulam as ordens e instruções para o trabalho proveniente do vértice estratégico ou de outra linha hierárquica. O planejamento geral elaborado no vértice estratégico é progressivamente traduzido em programas, planos operacionais, até se constituírem em instruções pormenorizadas para os trabalhadores. Cada nível hierárquico tem a informação necessária e autoridade para decidir, dependendo do nível de decisão que precisa ser tomada. (MINTZBERG, 2010).



Na perspectiva teórica das organizações como um sistema de comunicação informal, estas diferem das anteriormente apresentadas, pois seu funcionamento é mais complexo do que o sugerido. Existem núcleos de poder não oficialmente estabelecidos e uma rede complexa de comunicação informal (FIGURA 5) que completa e contorna os meios oficiais. (MINTZBERG, 2010).

FIGURA 5 – O FLUXO DA COMUNICAÇÃO INFORMAL E DO CONJUNTO DE CONSTELAÇÕES DE TRABALHO



(a) O fluxo da comunicação informal

(b) O conjunto de constelações de trabalho

(Adaptado de Piffner e Sherwood, 1960, p. 291)

FONTE: Mintzberg (2010).

Cita-se como exemplo a pesquisa desenvolvida por Trist e Bamforth em 1951, descrita por Mintzberg (2010). Os pesquisadores descreveram os resultados da incorporação tecnológica em um mina de carvão, em que o uso de um novo sistema técnico exigiu a formalização da divisão do trabalho, a separação dos trabalhadores de suas funções especializadas, de seus turnos e locais de trabalho. Conseqüentemente, os meios informais de coordenação e comunicação foram eliminados sem que fossem substituídos por outros. Os trabalhadores responderam negativamente à mudança com baixa produtividade, alienação e absenteísmo e não aceitação de nenhum outro mecanismo de coordenação.

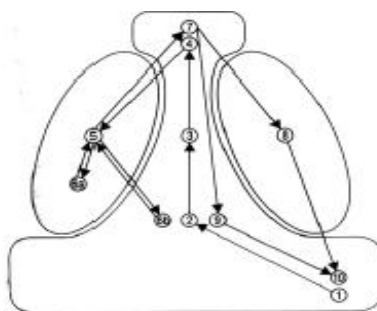
A organização pode ser apresentada como um conjunto de constelação de trabalho. Esta teoria sugere que a organização resulta de uma mistura entre sistema formal e informal (FIGURA 5b). É uma perspectiva que difere da visão do sistema regulado em que todos os níveis hierárquicos detêm e trabalham com o mesmo tipo de informação, as características das informações dependem do nível hierárquico em que ela está localizada. A organização toma

a forma de um conjunto de constelações de trabalho, “de <<cliques>> quase independentes de indivíduos que trabalham sobre as questões apropriadas ao nível hierárquico onde estão situadas”. (MINTZBERG, 2010, p.75).

Na perspectiva em que a organização funciona como um sistema de processos de decisão *ad hoc*, a autoridade e a comunicação não são apenas objetivos, mas também processos que facilitam os fluxos da tomada de decisão e a produção de bens e serviços. O comportamento da organização se traduz pela fusão da autoridade formal, do fluxo regulado de informação e do fluxo de comunicação informal. (MINTZBERG, 2010).

O diagrama da (FIGURA 6) apresenta o exemplo do fluxo de uma decisão que tem origem no centro operacional, a mesma segue a linha hierárquica até o vértice estratégico, e chega ao analista da tecnoestrutura como ordem para fazer um diagnóstico situacional e propor uma solução em grupo, para posterior aprovação e implementação. Este ciclo envolve e afeta toda a organização. Nesta perspectiva é fundamental a elaboração da tipologia das decisões, o delineamento de como as decisões operacionais, administrativas e estratégicas se articulam e os papéis dos diferentes atores no processo decisório. (MINTZBERG, 2010).

FIGURA 6 – O FLUXO DE PROCESSO DE DECISÃO *AD HOC*



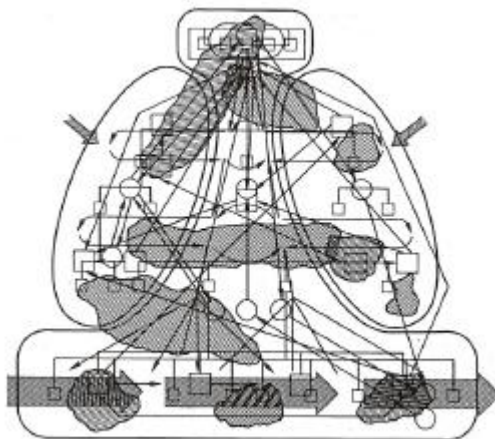
O fluxo de processo de decisão *ad hoc*

FONTE: Mintzberg (2010).

Cada uma destas cinco perspectivas (FIGURA 7) oferece uma ideia incompleta do funcionamento de uma organização, contudo permitem explicar algumas características importantes. A sobreposição dos estratos das diferentes perspectivas teóricas ilustra a complexidade da estrutura

organizacional. Desta forma, a organização é resultado de complexos sistemas de fluxos.

FIGURA 7 – O FUNCIONAMENTO COMPLEXO DAS ORGANIZAÇÕES



O funcionamento da organização

FONTE: Mintzberg (2010).

Mintzberg (2010) afirma que a estrutura organizacional compreende tanto os meios formais como os informais. Os meios informais são denominados pelo autor de parâmetros da concepção, utilizados para criar padrões estáveis de comportamento. A concepção, na estrutura organizacional, se refere às forças que podem ser manipuladas para influenciar a divisão de trabalho e os mecanismos de coordenação e que, por fim, vão determinar o funcionamento da organização.

Os parâmetros da concepção respondem a questões como: quantas tarefas deve conter um posto de trabalho e até que ponto ela deve ser especializada; qual o limite da standardização de cada local de trabalho; que qualificação e conhecimento são necessários para ocupar determinada função; qual o critério para se agrupar as unidades de trabalho; que tamanho cada unidade deve ter e quantos indivíduos devem responder a um superior, etc. (MINTZBERG, 2010). Estes são em número de nove, apresentados resumidamente a seguir.

Na concepção dos postos de trabalho, a especialização é medida em grau e pode ser vertical e horizontal. A **especialização vertical** está ligada à amplitude de tarefas com pouca especialização em cada uma delas,

geralmente são atividades desenvolvidas pelos gerentes. Na **especialização horizontal** o trabalhador aprofunda o seu conhecimento com relação ao desenvolvimento de determinada tarefa que pode ser simples ou complexa. (MINTZBERG, 2010). Para ser produtiva a mesma atividade é repetida constantemente pelo trabalhador. (MINTZBERG, 1995).

Um exemplo simples de especialização horizontal seria a atividade desenvolvida pelo técnico de enfermagem, pois ele se aprofunda em uma atividade pouco complexa. Já o enfermeiro neonatologista, por exemplo, exerce especialização horizontal complexa. O técnico de enfermagem recebe um forte controle do enfermeiro supervisor/coordenador, por isso o seu trabalho é verticalmente especializado, ou seja, o gerente de especialização vertical controla a sua atividade. O enfermeiro neonatologista recebe pouco controle sobre o seu trabalho, pois ele conhece mais sobre o assunto do que o próprio diretor de Enfermagem, por isto seu trabalho é pouco verticalmente especializado.

A ênfase obsessiva na divisão do trabalho por especialização é fruto do movimento da Administração Científica proposta por Taylor e resulta na execução de ações de forma mecanizada, com clara divisão entre concepção e execução da ação, condição que leva o trabalhador à alienação do trabalho. (MINTZBERG, 1995).

A regulamentação do trabalho pela **formalização do comportamento** pode ser alcançada por fluxo, regras, ou posição e, tem como finalidade coordenar as atividades. Porém as organizações podem ter outros objetivos para formalizar o comportamento de seus trabalhadores como o de garantir clareza de suas atividades aos consumidores de seus bens e serviços, e alcançar uma produção com bons resultados. Uma estrutura fortemente formalizada é algo ordenado – “em seus próprios retângulos do organograma, todos os processos de trabalho predeterminados, todas as contingências previstas”. (MINTZBERG, 1995, p. 41).

O alto grau de formalização centraliza as estruturas. Por exemplo, dentro do hospital pode-se considerar a tecnoestrutura, como a posição ocupada por enfermeiros do controle de infecção. Eles categorizam de forma sistemática os procedimentos da organização e definem como serão realizados, a fim de padronizar e controlar as tarefas executadas.

A posição de especialistas altamente qualificados garantem a estes profissionais autoridade funcional sobre os trabalhadores. (MINTZBERG, 1979; DINESH, 2003). Na medida em que a formalização do comportamento dos trabalhadores aumenta, as tarefas tornam-se claras, definidas, ou seja, padronizadas. (KIM; PARK; PRESCOTT, 2003; SAHAY; GUPTA, 2011). Conseqüentemente, o nível de imprevisibilidade das tarefas diminui e a centralização ocorre pela concentração da autoridade na tecnoestrutura e no topo da linha hierárquica (Mintzberg, 2010); e pela formalização (as regras e procedimentos são utilizados como base para a tomada de decisão). (OLSON; SLATER; HULT, 2005).

As organizações que têm como características a formalização do comportamento para o alcance da coordenação, são chamadas de organizações burocráticas. Contudo, nas estruturas baseadas na formalização do comportamento surgem alguns problemas. De acordo com estudos realizados por Hawthorne na década de 1930, as conseqüências do trabalho rotineiro, repetitivo, formalizado e especializado levam os trabalhadores a desenvolverem problemas psicológicos e fisiológicos. Como exemplos, acontecem o comportamento resistente a inovações, *turn over*, absenteísmo, greves e tratamento inadequado dos clientes. (MINTZBERG, 1995).

**A formação e a socialização** ocorrem quando o conhecimento e um conjunto de habilidades para o trabalho são altamente racionalizados e, a organização transforma-os em serviços simples e de fácil aprendizagem, isto é, em serviços não especializados. A socialização acontece quando um novo membro aprende o sistema de valores, as normas e os padrões de comportamento exigido pelo grupo em que está sendo recebido.

Na concepção da organização como uma superestrutura, o delineamento organizacional em nível de estrutura acontece do ajuntamento das posições ocupadas pelos indivíduos na estrutura organizacional em **agrupamento por unidades de trabalho**. É por meio deste processo de ajuste das unidades que surge o sistema de autoridade formal e é constituída a hierarquia. O agrupamento é essencial para a coordenação do trabalho. Quando a organização opta por esta estratégia, tem como efeitos a manutenção da supervisão entre as posições e as unidades, o compartilhamento de recursos, a avaliação dos resultados obtidos pelas

diferentes unidades e, por fim, acaba por estimular a coordenação por ajustamento mútuo. (MINTZBERG, 1995).

A lógica do agrupamento em unidades pode ter como base o conhecimento que o trabalhador possui para realizar suas atividades; a função desempenhada pelo trabalhador; o tempo em que a atividade é realizada; o resultado (produto, bens ou serviço) esperado ou o cliente. São exemplos de agrupamento de unidades com foco no cliente os hospitais que têm unidades de internação para pacientes conveniados e particulares e outra para pacientes do SUS. (MINTZBERG, 1995).

De acordo com Mintzberg (2010, p. 203), as organizações possuem ligações laterais, dois sistemas foram alvo de intensas pesquisas por estudiosos, o **planejamento** e o **controle**, por serem mecanismos de ligação considerados

“os motores propulsores” da estrutura organizacional. Ambos são interdependentes e regulam o comportamento e os resultados do trabalho. Os mecanismos de ligação representam as estratégias das organizações para colocar os indivíduos em contato um com o outro. São instrumentos das estruturas orgânicas, em geral usados “quando o trabalho é ao mesmo tempo, horizontalmente especializado, complexo e altamente interdependente”. (MINTZBERG, 2010, p. 203).

Galbraith (1973) descreveu os mecanismos de ligação e Mintzberg (2010) agrupou-os em quatro tipos básicos – (a) os cargos de ligação, que acontecem quando existe a necessidade de integrar duas unidades de trabalho, neste caso a organização institui um cargo cujo profissional responsável é a ponte entre as unidades contornando a comunicação vertical; (b) *task forces* e comitês permanentes, que são grupos de pessoas que se reúnem periodicamente para discutir assuntos em comum; (c) os integradores, que ocorrem quando um indivíduo ou unidade substitui uma antiga estrutura por departamento e detém parte do poder formal, “podem tratar-se de gestores de unidades hospitalares, responsáveis pela coordenação das atividades dos médicos, enfermeiras e pessoal de apoio em determinadas enfermarias”; e, (d) estrutura matricial, os diferentes gestores operacionais são corresponsáveis pela forma como resolvem os problemas, ou seja, têm igualdade no poder formal.

A concepção da organização como um sistema de tomada de decisão, a estrutura pode ser centralizada ou descentralizada. Descentralização significa

ampliar o poder de decidir e autoridade de um pequeno grupo para um grupo maior. (POLLITT, 2007). Outra definição, dada por Burton e Obel (2013), foca na concentração das decisões pertinentes junto aos níveis operacionais da organização, para manter um equilíbrio entre a informação e a capacidade de processá-las como base para a tomada de decisão e controle. Para Pollitt (2007) existem dois tipos de descentralização, a vertical que acontece quando a autoridade é distribuída em ordem decrescente; e a horizontal, que ocorre quando a autoridade é delegada aos não gerentes com base na experiência e cooperação.

As combinações dos parâmetros apresentados dão origem à estrutura organizacional. A divisão do trabalho e os mecanismos de coordenação envolvem o uso dos parâmetros de concepção e dos fatores contingenciais. Os parâmetros de concepção “formam um sistema integrado em que cada um deles está vinculado a todos os outros: qualquer mudança em um parâmetro provoca mudança em todos”. A eficácia da organização depende que esta articulação seja consistente e harmoniosa. Desta forma, a estrutura organizacional de uma entidade é determinada pela relação entre parâmetros de concepção e os fatores contingenciais. (MINTZBERG, 2010, p. 209).

Os fatores contingenciais, a idade, a dimensão, o sistema técnico, o ambiente e o poder, são situações ou determinantes intrínsecos da organização e exercem influência sobre a estrutura. Os fatores **idade**, o tempo de vida da organização e **dimensão** fazem parte de um *continuum* relacionado às fases de desenvolvimento das organizações, e estão baseados nas seguintes hipóteses: (a) a estrutura organizacional é influenciada pela idade da organização; (b) a estrutura também é influenciada pelo início daquele ramo de atividades; (c) quanto maior a organização maior a sua estrutura e especializada as suas tarefas; (d) quanto maior a organização maior a dimensão de suas unidades, ou sua hierarquia administrativa; (e) quanto maior a organização mais formalizada o seu comportamento. (MINTZBERG, 2010).

O **sistema técnico**, ou “tecnologia das operações” refere-se aos instrumentos utilizados para que o trabalho seja feito. Pode estar relacionado a nível individual, neste aspecto seriam as competências e conhecimento que o profissional utiliza no desempenho de suas atividades, ou na forma de alcance do produto (bens e serviços). A regulação do sistema técnico e a sofisticação

do sistema exercem influência sobre a estrutura e baseiam-se em três hipóteses: (a) quanto mais regulado o sistema, mais formalizado o trabalho operacional e mais burocrática a estrutura; (b) quanto mais sofisticado o sistema técnico, mais elaborada a estrutura administrativa, ou seja, mais numerosos e qualificados são os trabalhadores operacionais o que provoca a descentralização e a necessidade de mecanismos de ligação para coordenar as atividades; (c) a automatização no centro operacional transforma a estrutura administrativa em orgânica. (MINTZBERG, 2010).

O **ambiente** corresponde, de acordo com Mintzberg (2010), tudo o que está à margem da organização, os *stakeholders*, a situação econômica, política, meteorológica, posição geográfica, concorrentes, etc. Este agrega quatro características: (a) estabilidade, um ambiente pode variar de estável ao dinâmico, dependendo da influência de fatores como instabilidade governamental, mudanças na concorrência, tipo de clientes acontecimentos econômicos, etc.; (b) complexidade, pode ir do simples ao complexo, um ambiente é complexo se impõe à organização a detenção de conhecimento amplo e difícil sobre o que produz (bens e serviços) ou clientes. Contudo torna-se simples após apreensão e acúmulo do conhecimento pelos profissionais para produção; (c) diversidade e hostilidade, o ambiente pode variar de acolhedor ao hostil, dependendo do nível de concorrência em que está inserida a organização.

São cinco as hipóteses que o impacto do ambiente causa sobre a estrutura da organização: quanto mais dinâmico o ambiente, mais orgânica a estrutura; quanto mais complexa, mais descentralizada é a estrutura; quanto mais diversificado o produto, maior propensão de dividir as unidades com base no mercado; hospitalidade extrema leva à centralização transitória da estrutura; as desigualdades levam a organização a descentralizar as constelações de trabalho diferenciadas. (MINTZBERG, 2010).

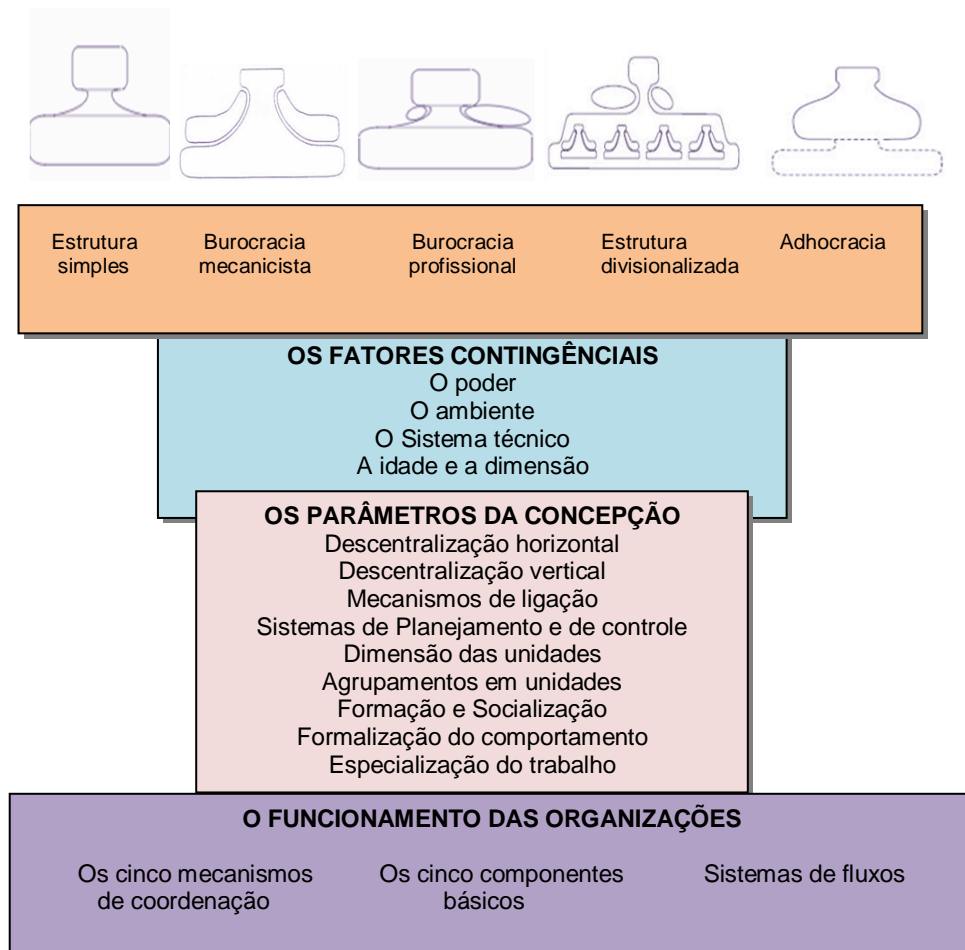
O **poder**, fatores externos como pressão para exercer controle sobre a organização, as vontades dos profissionais, as tendências sociais que permeiam a cultura organizacional são descritos em três hipóteses provenientes de resultados de pesquisa sobre o assunto: quanto maior o controle externo, mais formalizada e menos descentralizada é a estrutura; as necessidades de poder dos profissionais de uma organização levam a



estruturas menos descentralizadas; as organizações tendem a se conformar com as tendências (moda) mesmo que estas não sejam as mais adequadas para a organização. (MINTZBERG, 2010).

Na (FIGURA 8), podem-se observar os elementos básicos das organizações.

FIGURA 8 - ELEMENTOS BÁSICOS DA ESTRUTURA DAS ORGANIZAÇÕES



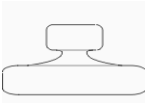
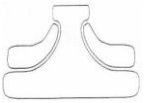
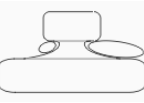
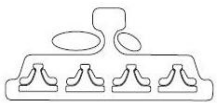
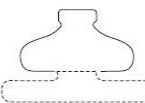
FONTE: Mintzberg (2010).

## 2.2 TIPOS DE ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS

A dinâmica e/ou padrão de combinação entre o funcionamento das organizações representado pelos mecanismos de coordenação, os cinco componentes básicos e seus sistemas de fluxo, somado aos parâmetros da concepção e aos fatores contingenciais, vão determinar configurações estruturais básicas. Mintzberg (2010) propõe uma classificação, baseado nas seguintes premissas:

1. A configuração de uma organização é estável por um período de tempo, sendo a mais adequada para aquele momento e contexto;
2. O período de tempo de uma determinada configuração pode ser interrompido por algum processo de migração para adoção de outra configuração;
3. As mudanças ordenadas por período de estabilidade de determinada configuração alternada por um período em que há migração para outra configuração, ao longo do tempo, estabelece um ciclo de vida padrão na organização;
4. Apesar de haver formas diferentes de estruturas organizacionais e estas estarem presentes na maioria das organizações, existe o predomínio de uma em relação à outra. (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2000). As cinco configurações estruturais são apresentadas resumidamente a seguir (QUADRO 1):

QUADRO 1- DIMENSÃO DAS CINCO CONFIGURAÇÕES ESTRUTURAIS

Tipos de estruturas	<b>Estrutura Simples</b>	<b>Burocracia Mecanicista</b>	<b>Burocracia Profissional</b>	<b>Estrutura Divisionalizada</b>	<b>Adhocracia</b>
Elementos da estrutura					
Mecanismo de coordenação primordial	Supervisão direta	Standardização do trabalho	Standardização das qualificações	Standardização dos resultados	Ajustamento mútuo
Componente chave	Vértice estratégico	Tecnoestrutura	Centro operacional	Linha hierárquica	Pessoal de apoio
<b>Parâmetros de concepção</b>					
Especialização dos postos de trabalho	Fraca	Forte especialização horizontal e vertical	Forte especialização horizontal	Moderada especialização horizontal e vertical	Forte especialização horizontal
Formação e socialização	Pouca formação e socialização	Pouca formação e socialização	Muita formação e socialização	Moderada formação e socialização dos diretores da divisão	Muita formação e socialização
Formalização do comportamento	Pouca formalização	Muita formalização	Pouca formalização	Muita formalização	Pouca formalização
Forma de agrupamento	Em geral por funções	Em geral por funções	Por funções e por mercado	Por mercado	Por funções e por mercado
Dimensão das unidades	Grande	Grande na base	Grande na base e pequena em outros locais da estrutura	Grande no vértice	Pequena
Sistema de Planejamento e de controle	Pouco planejamento e controle	Planejamento das ações	Pouco planejamento e controle	Muito planejamento e controle	Moderado planejamento e controle
Mecanismos de ligação	Poucos mecanismos de ligação	Poucos mecanismos de ligação	Mecanismos de ligação na administração	Poucos mecanismos de ligação	Muitos mecanismos de ligação
Descentralização	Centralização	Descentralização horizontal limitada	Descentralização horizontal e vertical	Descentralização vertical limitada	Descentralização seletiva
<b>Fatores de contingência</b>					
Idade e dimensão	Jovem e pequena	Velha e grande	Variável	Velha e muito grande	Jovem
Sistema técnico	Simple, não regulador	Regulador, não muito sofisticado	Nem regulador, nem sofisticado	Regulador, não muito sofisticado	Muito sofisticado, muito automatizado
Ambiente e poder	Controle pela figura de autoridade máxima, estrutura não na moda	Controle tecnocrático, estrutura não na moda	Controle pelos operacionais, estrutura não na moda	Simple e estável; controle pela linha hierárquica; estrutura na moda	Complexo e dinâmico; controle pelos especialistas; estrutura muito na moda

FONTE: Mintzberg (2010, p. 492-3).

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 OS HOSPITAIS DE ENSINO NO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL

O Programa de Reestruturação dos HE brasileiros organiza racionalmente a oferta de serviços para que as unidades hospitalares possam atender às demandas de saúde da população, o que exige mudanças internas “no modo de fazer”; e favorece a consolidação e qualificação das ações dos hospitais nas áreas de ensino e pesquisa.

Das diretrizes de mudanças na dimensão assistencial, ressaltam-se a adequação da oferta dos serviços, principalmente os de média e alta complexidade, com reorientação das necessidades de saúde menos complexas para as unidades básicas com garantia da referência e contra referência dos serviços; a prestação da assistência com base na Política Nacional de Humanização; a adoção e elaboração de protocolos técnicos e operacionais externos e internos ao hospital; a inserção dos HE na rede de serviços de urgência e emergência; a formação de uma rede de cuidados com colaboração técnica de docentes e estabelecimentos de saúde do SUS de qualquer nível de complexidade; o uso de inovação tecnológica que favoreça a desospitalização; o desenvolvimento no hospital de atividades relacionadas à vigilância epidemiológica, hemo tecno e fármaco vigilância; o estabelecimento de comissões obrigatórias, como a comissão de óbito e outras necessárias para organização do trabalho. (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c; BRASIL, 2004d; BRASIL, 2007).

Na dimensão gerencial, as mudanças incluem a democratização da gestão com inserção dos trabalhadores, docentes, e discentes na discussão e elaboração do plano diretor; o planejamento pela equipe multiprofissional de metas a serem alcançadas segundo área de atuação; o uso de ferramentas gerenciais que favoreçam a gestão horizontalizada e a qualificação dos líderes organizacionais para o gerenciamento; a construção de instrumentos de planejamento e controle dos recursos financeiros com aplicação da totalidade dos recursos na unidade hospitalar; a implantação de atividades de forma a garantir que a oferta de serviços não seja interrompida, mas sim aconteça de modo desvinculado das ações de ensino; o planejamento para ocupação em

até quatro anos do total de 100% de leitos para o SUS; o uso de sistema de informação, a avaliação de custos e de satisfação dos clientes; a manutenção regular dos sistemas de informações do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e o Ministério da Saúde (MS); a definição dos investimentos segundo a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite; e estabelecimento de mecanismos de acompanhamento e avaliação com definição de indicadores integrados a instrumentos jurídicos. (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c; BRASIL, 2004d).

Em relação à formação e ensino, os hospitais devem integrar o Pólo de Educação em Saúde e participar das discussões relacionadas aos problemas de formação de profissionais, elaboração e implantação da Política de Educação Permanente para os profissionais do SUS bem como promover o trabalho em equipe multiprofissional e cuidado integral ao paciente. (BRASIL, 2004d).

Devido à natureza e atuação dos HE, na dimensão da pesquisa e inovação tecnológica, destacam-se as seguintes ações: desenvolvimento de projeto institucional para realização de pesquisas no hospital ou na IES; a definição de pesquisas a serem realizadas com os gestores do SUS; o desenvolvimento de tecnologias de saúde e a gestão de acordo com as necessidades do SUS; a elaboração de diretrizes para incorporação de tecnologias em saúde nos hospitais inclusive formas de aquisição de equipamentos e materiais. (BRASIL, 2004d).

A participação do hospital no programa inicia a partir da solicitação da certificação, contudo cabe ao gestor local do SUS solicitar ao MS a inclusão da unidade hospitalar no programa mediante assinatura do contrato/convênio. (LIMA, 2009).

Inicialmente para avaliação dos hospitais foram utilizados os critérios estabelecidos nas Portarias Interministeriais MS/MEC nº. 1.000 e nº. 1.005 de 2004, substituídas em 2007 pela nº. 2.400. A nova portaria estabeleceu um fluxo a ser obedecido no processo de certificação, e inclui a necessidade de a unidade hospitalar ser propriedade ou estar vinculada a uma IES – pública ou privada, e ser local de prática de pelo menos dois cursos da área da saúde, além do curso de medicina. (BRASIL, 2007).

A comissão de avaliação trabalha junto aos hospitais e aqueles que se enquadram na categoria de unidades hospitalares do SUS, com atividades que privilegiam o ensino, pesquisa e extensão podem solicitar a certificação e passar a ser HE. Neste processo, incluem-se os hospitais de diferente natureza jurídica, já que do resultado do trabalho da comissão duas portarias foram instituídas a nº. 1006/2004 e a nº. 1007/2004, sendo a primeira específica para os hospitais federais e a segunda, para os públicos e privados de outras esferas governamentais. (BRASIL, 2007; BRASIL, 2004c; BRASIL, 2004d).

Os representantes do Ministério da Saúde e da Educação compõem a Comissão Executiva de Certificação e avaliam as unidades hospitalares proponentes. A avaliação resume-se na verificação do atendimento dos critérios estabelecidos por meio de análise documental do hospital e visita “*in loco*”. A solicitação é de caráter contínuo, mas a certificação tem validade de dois anos podendo ser suspensa a qualquer momento. (BRASIL, 2004e).

Entre os benefícios da contratualização, de modo geral, há a organização da programação orçamentária e financeira; controle e regulação dos serviços ofertados de acordo com a demanda e as necessidades do gestor local; gerenciamento hospitalar com planejamento do investimento; promoção da transparência da relação gestor-prestador de serviço; favorecimento da participação e controle social e comprometimento dos trabalhadores das unidades hospitalares; articulação das atividades ensino-serviço de acordo com a necessidade de saúde da população; direcionamento dos aspectos relacionados ao ensino, pesquisa, e avaliação de incorporação tecnológica. (BRASIL, 2004e).

A contratualização responsabiliza os representantes das unidades hospitalares que passam a ter um direcionamento para o desenvolvimento do trabalho e controle sobre os resultados esperados a partir da necessidade de monitoramento das ações.

### 3.2 OS HOSPITAIS DE ENSINO NO SISTEMA DE SAÚDE DA HOLANDA

Os HE na Holanda fazem parte de um Sistema de Saúde (SS) que até 2006 se constituía de um duplo sistema de seguro público e privado para os cuidados curativos. (OKMA; MARMOR, 2011). O modelo em transição baseia-

se em um regime de seguro de saúde obrigatório. Os cidadãos, as seguradoras, os fornecedores de serviços e o governo desempenham papéis essenciais na efetivação do sistema. Os cidadãos compram de uma seguradora de escolha uma apólice de saúde que mais lhe convém; as seguradoras negociam com os fornecedores os preços e a qualidade dos serviços; e o governo garante o funcionamento do SS dentro de certo padrão ao regulamentar o mercado e inova ao introduzir no setor de cuidados de saúde mecanismos de mercado, contudo não faz a gestão direta do sistema. (SCHÄFER et al., 2010; DEVILLÉ, 2010).

Com as mudanças, o foco do sistema de saúde passou a ser o mercado de seguro, incentivado pela competitividade. O país passa pelo desafio de reformar com sucesso o mercado da prestação de cuidado de saúde. (VAN DE VEM; SCHUT, 2008).

É novo também o modelo de ensino dos profissionais de saúde na Holanda. Nos últimos anos foram criados oito University Medical Centre (UMC). As UMC absorveram todos os hospitais de ensino e faculdades de Medicina da Holanda. Estes são responsáveis pela formação inicial dos médicos e desenvolvimento de pesquisa científica e clínica, bem como pela atenção de saúde a nível terciário. Cada UMC é uma empresa privada sem fins lucrativos, financiado pelo Departamento de Educação e Ciência, pelo Ministério da Saúde, e pelas companhias de seguros de saúde. Todo UMC tem um Programa de Graduação em Ciências Biomédicas (cerca de 500 alunos anualmente) e participam na graduação de enfermeiras e formação de enfermeiras especialistas. Em relação à produção científica, 1/3 das publicações científicas dos Países Baixos são desenvolvidas nos UMC, que em conjunto graduam cerca de 800 alunos de doutorado por ano. (NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA, 2008).

### 3.3 A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NOS HOSPITAIS DE ENSINO COM FOCO NA GERÊNCIA

As reformas no SS implicam em mudanças nos papéis dos enfermeiros e aumento de responsabilidade dentro das organizações. Uma das atribuições do enfermeiro gerente é de organizar o ambiente de cuidados aos pacientes (Wong, et.al., 2015; Clipper, 2012), dentro de um padrão de qualidade (Viitanen et al., 2007); alinhado aos recursos organizacionais (humanos, tecnológicos e financeiros) e aos processos institucionais para obtenção de resultados efetivos. (BIRON, 2007). Espera-se também que o enfermeiro, ao desenvolver o trabalho, o faça de forma cooperativa com os demais profissionais da área de saúde, na busca constante por melhoria dos processos e elevado níveis de desempenho, que implique no desenvolvimento de competências e na promoção de eficiência e eficácia. (VIITANEN et al., 2007).

A literatura tem apontado a relação entre o resultado do trabalho de enfermeiros gerentes e a qualidade de cuidados de saúde. (Verschueren; Kips; Euwema, 2013); e a influência que eles exercem no comportamento e desempenho da equipe de Enfermagem. Nesta condição chave para o gerenciamento em saúde, inclusive pela posição única que este profissional ocupa na consolidação de mudanças no SS (Institute of Medicine (IOM), 2011; Schmidt, 2015); a atuação do enfermeiro gerente tem sido alvo de pesquisa de estudiosos da área. (COLLINI; GUIDROZ, 2015; HENDERSON et al., 2014; JACOB; MCKENNA; D'AMORE, 2015).

Também é interesse de pesquisa o posicionamento dos gerentes de Enfermagem na adoção de novos modelos gerenciais que implicam em reestruturação organizacional. (BERNARDINO, 2007). Ou, em outra perspectiva, a influência da estrutura organizacional nas ações dos gerentes de Enfermagem. (CARNEY, 2004). As mudanças na estrutura de Enfermagem são direcionadas por políticas públicas (Brasil, 2004a; Santos; Santos; Borges, 2013); para equilibrar custo-eficiência (Kieft et al, 2014); e até mesmo para atender interesses de determinadas categorias profissionais. (BERNARDINO, 2007).

É reconhecido que a estrutura organizacional impacta na capacidade do enfermeiro gerente inovar no local de trabalho. (MCMURRAY; WILLIAMS,



2004). Por exemplo, estruturas mais voltadas para a descentralização administrativa favorecem o maior envolvimento dos profissionais com a organização, conseqüentemente, a motivação para o trabalho é maior e os gestores ficam mais próximos dos consumidores de serviços. (POLLITT, 2007). Este tipo de configuração também favorece ganhos financeiros para as organizações. (RICHARDSON et al., 2002). Em contraposição organizações que adotam estruturas tradicionais são mais propensas a não se adaptarem a situações de mudanças por não serem "desenhadas para modificar suas estratégias". (MINTZBERG, 2010, p.376). Estes fatores ressaltam a importância do conhecimento da estrutura para a prática gerencial.

Os modelos e estratégias tradicionais de gerência desenvolvidas para atender às necessidades da indústria influenciaram a administração hospitalar e, em seguida, a administração em Enfermagem. Como consequência, as relações no trabalho foram estruturadas em hierarquias, sendo o autoritarismo, a centralização das decisões e a impessoalidade nas relações, ainda evidências desses determinantes. (SPAGNOL, 2005). Para a prática de enfermagem ressaltam-se os seguintes aspectos das características administrativas da escola científica: a preocupação obsessiva no atendimento de regras e normas por todos os profissionais; a divisão do trabalho caracterizado pela especialização da tarefa, contextualizada e individualizada executada pelo auxiliar, técnico e enfermeiro – características do método de trabalho mecanicista. (SANTOS, 2007).

Fayol, também definiu princípios gerais da administração, incorporados no exercício profissional da enfermagem. Entre eles está a divisão de trabalho com vistas à eficiência, disciplina, responsabilidade, subordinação, ordem e outros. A partir da teoria clássica, elaborou-se uma teoria organizacional, voltada para os aspectos formais das organizações, mas que negligenciou as relações informais nelas presentes. A visão mecanicista da teoria valeu-lhe o nome de teoria da máquina. Embora a teoria clássica, seja considerada como a base para a administração moderna, esta se revelou incompleta, porque visualizava a organização como se fosse um sistema fechado. (SANTOS, 2007).

Na Enfermagem, o processo de trabalho é organizado de modo que a prestação da assistência acontece de forma contínua nas 24 horas do dia. O

enfermeiro ocupa o papel de responsável técnico por este processo, e é igualmente responsável pela realização de atividades administrativas como o planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação da assistência. (SIQUEIRA, PETROLINO, CONISHI, 2012). Estas atividades garantem a organização do ambiente para o desenvolvimento do trabalho e têm implicação direta no funcionamento do serviço. O enfermeiro move o processo produtivo como líder dos demais profissionais que compõe o fluxo de trabalho (técnicos e auxiliares de enfermagem) e é ponte de ligação com o meio ambiente externo.

O ambiente de trabalho dos enfermeiros nos HE é considerado complexo. Por serem locais que agregam profissionais especializados, ou seja, ambientes com profissionais que utilizam as habilidades (conhecimento e experiência) para executar as atividades. (HAGE; AIKEN, 1967; GANESH; JOSEPH, 2011).

O incerto e o eventual são circunstanciais, mas parte da realidade do enfermeiro. Assim, se os objetivos organizacionais variam de acordo com o ambiente. (SANCHES; CHRISTOVAM; SILVINO, 2006), a mesma dependência recai sobre as atividades necessárias para o alcance dos objetivos, que em ambientes dinâmicos têm alto nível de incerteza. (DONALDSON; JOFFE, 2014). Múltiplos fatores internos e externos implicam dinamicidade do ambiente. Entende-se, portanto, que o processo de trabalho do gerente em Enfermagem se desenvolve em ambiente que tem se mostrado contingencial. Para Sanches, Christovam e Silvino (2006), diante deste quadro, a experiência do gerente se sobressai para atuação gerencial, em relação à racionalidade tão ressaltada nas teorias administrativas clássicas, por esta não se mostrar suficiente, para a organização do serviço no alcance dos objetivos, já que estes também tendem a variar em ambientes incertos.

Burton, De Sandis e Obel (2006) além da estrutura, dos objetivos, e do ambiente ainda acrescentam fatores como, as estratégias, e o clima organizacional. Todos estes elementos precisam estar em equilíbrio para que se consiga um bom desenho organizacional e o melhor desempenho da organização.

## 4 PROPOSIÇÕES

A pesquisa tem as seguintes proposições:

1. O serviço de enfermagem tem estrutura organizacional formal dentro dos HE.
2. A estrutura organizacional de enfermagem em hospitais de ensino tem alto grau de formalização e descentralização.
3. As estratégias utilizadas pelos enfermeiros para gerenciar o cuidado de Enfermagem são semelhantes em serviços diferentes.

## 5 OBJETIVOS

Para atender a questão norteadora de **como o serviço de Enfermagem se organiza dentro de HE**, os objetivos deste estudo foram os seguintes:

1. Analisar a configuração estrutural dos serviços de enfermagem de hospitais de ensino Paraná-Brasil e Groningen-Holanda, com base na Teoria da Organização elaborada por Mintzberg (2010).
  - 1.1 Explorar as dimensões estruturais formalização e descentralização relacionadas à estrutura organizacional do serviço de enfermagem de hospitais de ensino do Paraná e Groningen.
2. Identificar as estratégias utilizadas pelo Alto Gerente de Enfermagem para gerenciar o cuidado em hospitais de ensino do Paraná e de Groningen.

## 6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este capítulo tem por finalidade apresentar o método e os procedimentos utilizados na pesquisa relacionados à seleção e definição do objeto de estudo, coleta, tratamento, análise dos dados e aspectos éticos.

### 6.1 DESENHO DO ESTUDO

A pesquisa se caracteriza como um estudo de casos múltiplos, de abordagem qualitativa (YIN, 2014) que consiste em 15 casos – 12 no Paraná e 03 em Groningen. Este método foi escolhido por ser considerado uma estratégia de pesquisa que pode ser utilizada quando se tem pouco controle sobre os eventos contemporâneos que acontecem dentro de uma realidade particular; ou quando se procura respostas para questões de “como” e “por que” as coisas acontecem daquele modo. A utilização de estudos de caso ocorre também quando há necessidade de se compreender fenômenos sociais complexos. (YIN, 2014). Ou seja, este método permite que a investigação preserve as características singulares e significativas dos eventos da vida real.

Os casos também podem servir de base para construção da teoria de forma indutiva, que surge pelo reconhecimento dos padrões das relações entre os constructos e os argumentos lógicos que ocorrem entre e através dos casos. (EISENHARDT; GRAEBNER, 2007). O ponto central desta construção é a lógica da replicação. Cada caso serve como uma experiência distinta, e uma série de casos funcionam como pequenos experimentos que servem como repetições, contrastes e extensões para a teoria emergente. (YIN, 2014).

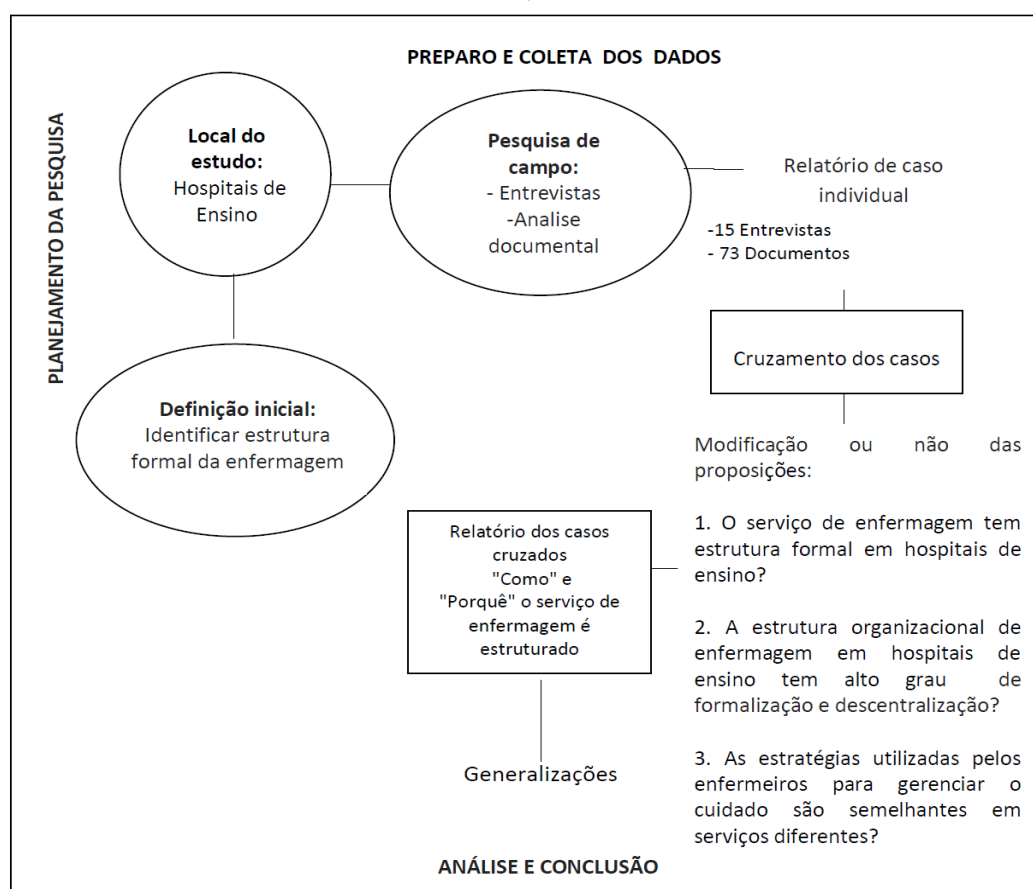
Primeiramente, para definição da estrutura do estudo foram delineados o objeto, os objetivos, a questão norteadora e local de estudo. Em seguida, um protocolo da pesquisa foi elaborado com os seguintes elementos: breve histórico pessoal da pesquisadora; questão da pesquisa; objetivos; tema da revisão da literatura; definição da unidade de análise; período e local de coleta de dados; e a síntese da matriz utilizada na entrevista. Posteriormente, foi realizado o planejamento da coleta de dados.

A coleta de dados para Yin (2014) apresenta elementos importantes, procedimentos técnicos, que precisam ser observados para o alcance dos objetivos, sendo o registro parte fundamental desta fase. À medida que as

informações são coletadas, estas devem ser organizadas e interpretadas. Para apresentação e organização dos dados, utilizou-se como recurso nesta pesquisa a elaboração de quadros e tabelas.

Ainda de acordo com Yin (2014), na fase de coleta de dados, espera-se também que haja inferências provenientes das evidências encontradas no local da pesquisa. Portanto nesta pesquisa, as evidências com base na matriz e outras observações pertinentes da pesquisadora com as particularidades e as perspectivas de análise de cada serviço de Enfermagem foram organizadas em dossiês. Nos dossiês, buscou-se responder resumidamente "como" e "porquê" o serviço de enfermagem se organiza estruturalmente conforme as proposições iniciais. (YIN, 2014). Foram também catalogados nos dossiês, de forma sintetizada, os documentos dos hospitais. Estas anotações serviram de apoio, e foram consultadas durante todo o processo de realização da pesquisa. A base estrutural da pesquisa pode ser observada, sinteticamente na (FIGURA 9).

FIGURA 9 - BASE ESTRUTURAL METODOLÓGICA DA PESQUISA



FONTE: Yin (2005).

## 6.2 CENÁRIO

Recentemente, os HE no Brasil passaram por um programa de reestruturação que resultou na integração dos hospitais na rede de cuidados de saúde como centros de referência para procedimentos de alta complexidade. (NETO, 2007). O novo modelo de gestão foi impulsionado por políticas públicas e, basicamente, incluiu 1) mecanismos de democratização da gestão; 2) a qualificação dos líderes organizacionais para gerenciar; 3) a construção de instrumentos de planejamento; 4) o controle dos recursos financeiros com a aplicação de todos os recursos no próprio hospital e 5) o trabalho em equipe multidisciplinar. (BRASIL, 2004a).

A busca por melhor desempenho também motivou mudanças no SS holandês. Os dois sistemas compartilham os princípios de universalidade e equidade na atenção à saúde. Em ambos os países, os governos garantem o funcionamento do sistema (Schäfer et al., 2010; Paiva; Teixeira, 2014) e investem na descentralização das ações e a responsabilização de outras esferas governamentais no provimento de saúde a segmentos da população. (BOSSCHER, 2014; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

As mudanças nos dois países resultaram na necessidade de envolver a equipe de enfermagem para que os novos objetivos organizacionais fossem alcançados. Conseqüentemente, a estrutura da organização dos serviços de enfermagem sofre também alterações. No Paraná, 7(58%) dos Altos Gerentes<sup>1</sup> são responsáveis por 300-700 funcionários, 6(50%) gerenciam serviços de hospitais públicos e 6(50%) hospitais privados, 9(75%) com menos de 300 leitos. Em comparação com Groningen, 1(33%) trabalha em hospital público e 2(66%) em hospital privado, com leitos que variam de pequeno a grande porte e menos de 300 funcionários (TABELA 1).

---

<sup>1</sup>Nesta pesquisa são considerados alto gerentes os enfermeiros que ocupam posição de destaque dentro da estrutura formal dos hospitais de ensino, responsáveis pela organização do processo de trabalho de enfermagem e do ambiente de cuidados, denominados em inglês por Mintzberg como *top manager*.

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS GERENTES (n=15) - CURITIBA, 2016

	<i>HE, Paraná</i> <i>n=12</i>		<i>HE, Groningen</i> <i>n=3</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Amplitude de controle</b>				
≤300 funcionários	2	16.6	2	66.7
300-700 funcionários	7	58.3	1	33.3
>700 funcionários	3	25.0		
<b>Número de leitos</b>				
≤300	9	75.0	1	33.3
300-500	1	8.3	1	33.3
>500	2	16.6	1	33.3

*HE hospitais de ensino*

FONTE: A autora (2016).

### 6.3 PROCEDIMENTOS

Participaram da pesquisa os enfermeiros em posição de destaque dentro da estrutura formal dos HE, responsáveis pela organização do processo de trabalho de enfermagem e do ambiente de cuidados. O estudo foi realizado no local de trabalho destes enfermeiros em ambos os países em data e hora definidas pelos mesmos. O contato inicial com os enfermeiros foi por via telefônica, os que aceitaram participar foram oficialmente convidados por meio de uma carta contendo informações gerais do projeto. Em seguida, foi solicitado autorização para os órgãos competentes dos HE. O protocolo da pesquisa bem como o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foram apresentados antes das entrevistas, sendo que os próprios enfermeiros forneceram a documentação do serviço.

O projeto de pesquisa foi aprovado no Brasil pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, Parecer nº 521.626. Nos Países Baixos, nenhuma aprovação do Comitê de Ética foi necessária devido ao tipo de pesquisa. A participação dos enfermeiros foi voluntária, todos após receberem informações oral e escrita sobre o estudo, assinaram o TCLE. Para assegurar o anonimato os enfermeiros foram identificados com as letras AG (Alto Gerente) seguida da letra B (Brasil) e H (Holanda), de acordo com o país de procedência e por números arábicos (*AGB1, AGH2,...*). Os serviços de Enfermagem dos HE



foram nominados como “Caso” seguido por sigla do país de procedência e números arábicos (*Caso 1B, 2H, ...*) de acordo com o tamanho da amostra.

Considerando o processo dinâmico da certificação hospitalar, de caráter contínuo, foi estabelecido um corte temporal na pesquisa. Assim, os hospitais do Paraná certificados como de ensino em setembro de 2013, em número de 13, representaram 100% dos hospitais. Bem como, os treze AG destes estabelecimentos. Contudo, a falta de autorização para desenvolvimento da pesquisa em um dos hospitais reduziu a amostra inicial para 12 HE. Na Holanda três HE foram selecionados para replicação do estudo de acordo com o referencial teórico metodológico (TABELA 2).

Dos 16 enfermeiros contatados, 15 participaram (taxa de resposta = 94%), quatorze eram mulheres, doze acima de 40 anos. O número de meses de experiência em gerenciamento variou de um a mais de 60 meses, e o nível de escolaridade de bacharelado a doutorado.

TABELA 2- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS ENFERMEIROS GERENTES (N=15)  
- CURITIBA, 2016

	AG, Brasil n=12		AG, Holanda n=3	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	11	92.3	3	100
Masculino	1	7.6		
<b>Idade</b>				
≤40	3	25.0		
>40	9	75.0	3	100
<b>Formação Profissional</b>				
Bacharelado	1	8.3	1	33.3
Especialização em Gerência	9	75.0	1	33.3
Mestrado	1	8.3	1	33.3
Doutorado	1	8.3		
<b>Experiência na gerência (meses)</b>				
1-36	7	58.3		
37-60	4	33.3		
>60	1	8.3	3	100

AG alto gerente de enfermagem

FONTE: A autora (2016).

Os dados foram coletados de março a maio de 2014 em 12 municípios do Estado do Paraná-Brasil. Na cidade de Groningen-Holanda, este período compreendeu os meses de abril a setembro de 2015. Utilizou-se entrevistas, com duração de 30 minutos a 1 hora e meia, realizadas com base em duas

matrizes (APENDICE 1a e 1b). As matrizes foram utilizadas como guia para evitar interpretações precipitadas da pesquisadora e para garantir a confiabilidade do estudo. (YIN, 2014). Esta foi elaborada com questões relacionadas à dimensão da divisão e coordenação do trabalho (Mintzberg, 2010) e outras para caracterização dos serviços de alta complexidade, como o número de salas cirúrgicas, atendimento de urgência e emergência entre outras, com base na Portaria N° 2.224/ 2002 que trata do sistema de classificação hospitalar do SUS.

A flexibilidade do método de estudo de caso, de acordo com Yin (2005), permite que a matriz original seja reelaborada durante a coleta de dados, dependendo das informações que surgem de um caso para o outro. O que favorece o pesquisador a incluir ou reestruturar as questões iniciais. Desta forma, não houve teste piloto para o uso da matriz.

Posteriormente, as entrevistas (gravadas em áudio) foram transcritas e documentos, tais como minutas de reuniões, organogramas, políticas institucionais, boletins informativos foram analisados e os sites dos hospitais foram visitados para conversão dos dados de forma triangular. (YIN, 2014). Em seguida, os dados provenientes das entrevistas e pesquisa documental foram organizadas de acordo com modelo de análise elaborado a partir dos estruturais da organização de Mintzberg (2010) (QUADRO 2).

QUADRO 2 – QUADRO DE ANÁLISE DOS ELEMENTOS ESTRUTURAIS DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

Dimensão estrutural da organização do serviço de enfermagem
<b>As partes da organização</b>
Tecnoestrutura
Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho
Poder formal centralizado; direção da autoridade
Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades
<b>O principal mecanismo de coordenação</b>
Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores
Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa
O resultado do trabalho é especificado
As habilidades para o trabalho é especificado
O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas
<b>Organização do sistema de fluxos</b>
Organograma
Características da comunicação
<b>Características do posto de trabalho</b>
Especialização vertical; horizontal
<b>Tipo de ligações laterais</b>
Planejamento e controle; mecanismos de ligação
<b>Desenho do sistema de tomada de decisão</b>
Descentralização vertical; horizontal

FONTE: Adaptado de Mintzberg (2010).

#### 6.4 MENSURAÇÃO

De acordo com Yin (2014) se todos os casos apresentarem resultados convergentes, estes fornecerão fundamento consistente para as proposições iniciais, contudo se forem divergentes, devem ser revisados e replicados em outros contextos. Desta forma, os elementos estruturais descentralização e formalização foram explorados na Holanda; principalmente a correlação entre estas duas dimensões conflitantes. Neste sentido, o nível de descentralização dos serviços de enfermagem foi medido a partir do nível de hierarquia de autoridade (Hage; Aiken, 1967); e a participação dos trabalhadores na tomada de decisões estratégicas e operacionais conforme Meijaard et al. (2005) a partir

de Dewar et al. (1980) e Richardson et al. (2002). O tipo de mecanismo de coordenação foi medido pela evidência da formalização do trabalho, ou seja, os regulamentos (Mintzberg, 1979), o fluxo de trabalho, os procedimentos escritos e as regras padronizadas. (DAFT, 2013; MINTZBERG, 1979; GANESH; JOSEPH, 2011). No ítem mecanismo de coordenação, foi também adicionada a comunicação formal. (MEIJAARD et al., 2005).

## 6.5 ANÁLISE

Para a análise dos dados, faz-se necessária a adoção de abordagens analíticas, que podem basear-se em (i) proposições teóricas, uso das proposições do projeto original como guia para análise do estudo; (ii) explanações concorrentes, busca de explicações para forças que podem também estar influenciando o fenômeno estudado; e (iii) descrição de caso, definida como, desenvolvimento de estrutura descritiva para organização do estudo de caso com vista a favorecer sua análise prioritariamente pela identificação das conexões causais a serem analisadas. (YIN, 2014).

Baseadas nas estratégias analíticas, existem técnicas específicas que devem ser elaboradas pela necessidade de se garantir a qualidade relacionada à validade interna do projeto, estabelecimento das causas da manifestação do fenômeno; e a validade externa, ou seja, estabelecer o ponto no qual as descobertas da investigação podem ser generalizadas. Segundo Yin (2014), são cinco as estratégias analíticas, nesta pesquisa foi utilizada a síntese de casos cruzados. Esta técnica trata cada caso de forma individual, mas tem como objetivo cruzar seus resultados.

Desta forma, a análise de dados, para o alcance do objetivo de analisar a estrutura dos serviços de Enfermagem, consistiu em cinco etapas. Primeiramente, as informações provenientes da matriz e dos documentos de cada caso foram organizados no Quadro de Análise (QUADRO 2). Em seguida, foram realizadas várias leituras das informações para familiarização com os dados. Após esta etapa, fez-se a relação entre as características de cada elemento estrutural encontrado com os conceitos do referencial teórico adotado, neste momento surgiram alguns *insights*, por exemplo, que profissionais do quadro de enfermagem destes serviços mais se aproximavam

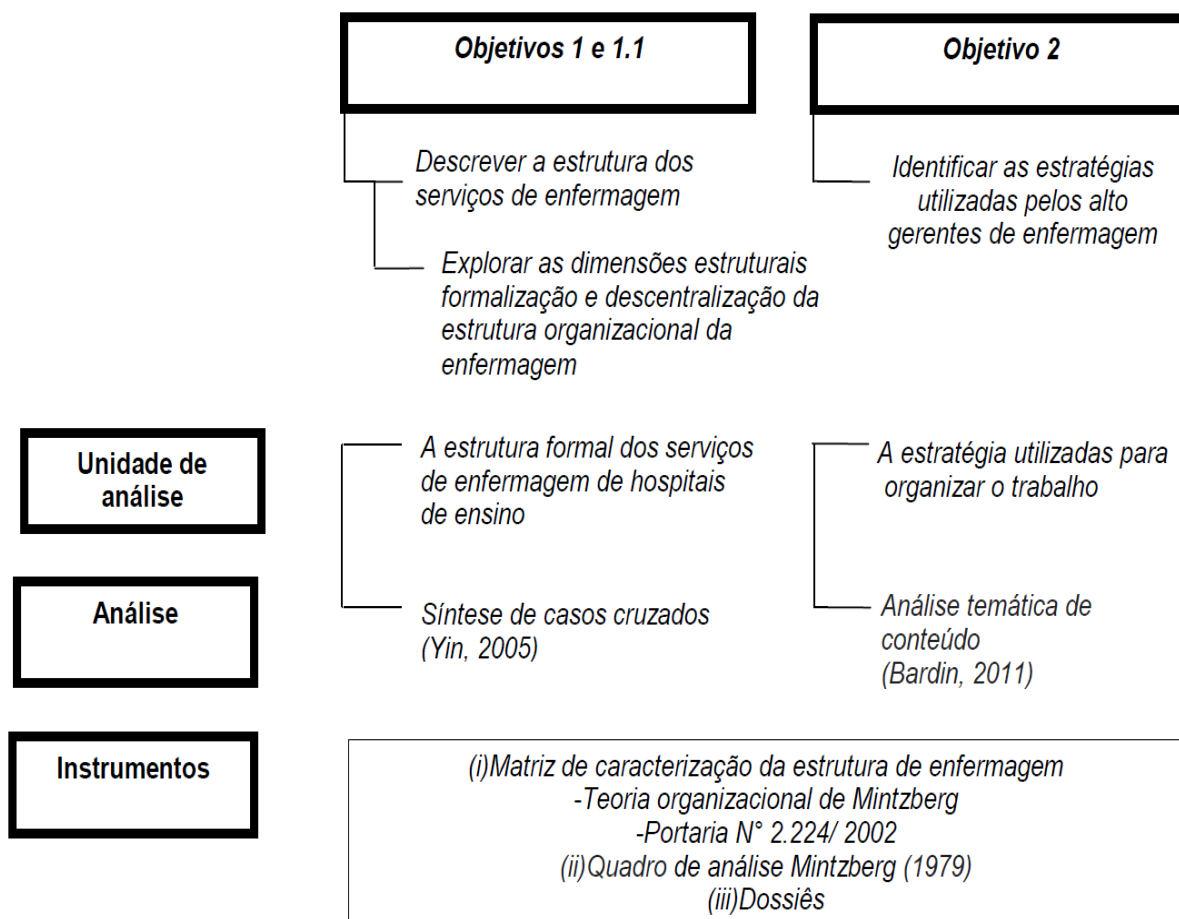
da figura dos analistas da tecnoestrutura descrita por Mintzberg (2010), ou mesmo qual o nível de especialização do técnico de Enfermagem ou do enfermeiro na estrutura organizacional.

Posteriormente, as observações e interpretações da pesquisadora, e pontos importantes dos documentos e/ou da fala dos participantes foram anotados no corpo do Quadro de Análise compondo o dossiê individual de cada caso. Em seguida, os dossiês foram comparados, os casos cruzados e baseado nas semelhanças e diferenças entre eles, separados em grupos, de acordo com os tipos de estruturas identificadas nos serviços de Enfermagem. Os casos cruzados forneceram base para generalizações.

Para explorar as dimensões estruturais formalização e descentralização e suas combinações 1) alto grau de descentralização / alto grau de formalização; 2) elevado grau de descentralização / baixo grau de formalização; 3) baixo grau de descentralização / alto grau de formalização; e 4) baixo grau de descentralização / baixo grau de formalização, cada caso foi examinado em busca de padrões quanto ao grau de descentralização e formalização. As características da descentralização e da formalização que se repetiram nos múltiplos casos pesquisados, conforme orientação de Yin (2014), e ficaram evidentes, também forneceram base para generalizações.

Para a identificação das estratégias utilizadas pelos enfermeiros gerentes para organizar o trabalho em HE dos dois cenários, foi utilizada a análise temática de conteúdo. (BARDIN, 2011). Nesta pesquisa, estratégia foi considerada como a escolha sistemática de atividades que são complementares e auxiliam os gerentes a colaborarem com a realização dos objetivos das organizações. (MINTZBERG; MCCARTHY; MARKIDES, 2000). Assim, os dados foram analisados em fases cronológicas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Novamente as entrevistas com os enfermeiros foram organizadas para facilitar a análise do material. Após a transcrição literal, o material foi submetido a um processo de avaliação com leitura contínua até que ocorresse a incorporação gradual do conteúdo. O detalhamento do desenho da pesquisa pode ser observado na (FIGURA 10).

FIGURA 10 – SÍNTESE DO DESENHO DA PESQUISA



FONTE: A autora (2016).

Finalmente, os temas recorrentes definiram as unidades analisadas que foram sistematicamente processadas e agregadas em unidades representativas de conteúdo. As unidades foram codificadas e receberam um título comum, procedimento indicado por Bardin (2011). A precisão da análise está relacionada com as discussões entre os pesquisadores, que concordaram com os seguintes temas emergentes: Definição da estrutura organizacional; Características dos trabalhadores; e As forças que influenciam o ambiente de trabalho.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

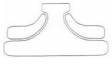

Os seguintes resultados serão apresentados seguidos da discussão: A estrutura organizacional dos serviços de Enfermagem; As dimensões estruturais formalização e descentralização na estrutura dos serviços de Enfermagem (alto nível de formalização e alto nível de descentralização e baixo grau de descentralização e alto grau de formalização). As estratégias utilizadas pelo Alto Gerente de Enfermagem para organizar o trabalho na dimensão gerencial relacionadas ao ensino, pesquisa e assistência (Definição da estrutura organizacional; Características da força de trabalho; e As forças que influenciam o ambiente de trabalho).

### 7.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DOS HOSPITAIS DE ENSINO

De acordo com os dados coletados os serviços de Enfermagem não possuem estruturas puras, mas sim híbridas. A análise dos *Casos 2B; 4B; 5B; 6B; 7B; 9B e 12B* aponta para presença de elementos da estrutura mecanicista e profissional nos serviços (QUADRO 3a). No *Caso 1B e 15H*, foram encontrados elementos que refletem a natureza adhocrática administrativa e profissional destas estruturas (QUADRO 4b). O *Caso 8B; 10B e 11B* apresenta estrutura de natureza adhocrática divisionalizada e profissional (QUADRO 5c). Os serviços de Enfermagem dos *Caso 3B; 13H e 14H* possuem características da estrutura divisionalizada e profissional (QUADRO 6d).

O centro operacional de todos os serviços pesquisados é formado por profissionais com qualificação específica para atuação na área. Propõe-se, portanto, que esta parte das estruturas direciona os serviços de Enfermagem para configuração profissional.



QUADRO 3a – TIPOS DE ESTRUTURAS DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

ESTRUTURAS  ELEMENTOS DA ESTRUTURA	Burocracia Mecanicista  	Burocracia Profissional  
Hospitais de Ensino	Caso2B; Caso4B; Caso5B; Caso6B; Caso7B; Caso9B; Caso12B	
Componente-chave	Destacam-se dois componentes na estrutura: o centro operacional, constituído por profissionais qualificados, característica da burocracia profissional; e a tecnoestrutura que se apresenta elaborada, com grande número de especialistas, característica da burocracia mecanicista	
Mecanismo de coordenação primordial	A característica da força de trabalho do centro operacional (profissionais qualificados) exerce pressão para que a estrutura coordene o trabalho pela standardização das qualificações. Contudo a constante busca por melhor <i>performance</i> faz como que a estrutura adote como principal mecanismo de coordenação a standardização dos processos. Existe um esforço para padronizar o processo de trabalho por meio de capacitação, uso de procedimentos operacionais padrões; rotinas, regulamentos, orientações e acompanhamento das atividades.	
Vértice estratégico	Poder formal centralizado. Neste nível se desenvolve a estratégia de trabalho e como serão realizadas as atividades pela equipe. Depois de definido a implementação é feita pela linha hierárquica e a execução pelo centro operacional. Existe forte interferência na linha hierárquica para coordenar as atividades com acompanhamento dos trabalhos desenvolvidos pelo centro operacional – ênfase no controle das ações; pouca descentralização do poder. O fluxo de autoridade é descente. Existe uma divisão clara entre as funções, se privilegia a linha hierárquica e a unidade de comando.	
Tecnoestrutura	Os enfermeiros especialistas planejam e programam ações para padronizar as tarefas do centro operacional. Elaboram normas, rotinas, protocolos bem como mecanismos para avaliar a assistência.	
Linha hierárquica	É elaborada. A orientação é que os gerentes intermediários acompanhem as atividades dos trabalhadores (mantenham controle de como os funcionários trabalham), auxiliem, estejam atentos às necessidades da equipe e realizem ajustes para que a estrutura funcione melhor. Facilitem e sirvam de apoio à disseminação do fluxo vertical da informação que acontece no sentido descendente. Tem a responsabilidade de regular os problemas que surgem entre os operacionais; servem de ligação entre os operacionais e outros níveis de autoridade; capacitam os operacionais para que eles incorporem as normas, rotinas, protocolos; características da estrutura burocrática.	
Centro operacional	Composto por profissionais qualificados, têm as suas atividades standardizadas pela estrutura. Embora as atividades sejam rotineiras, repetitivas, exigem profissionais qualificados, por isso não é uma estrutura puramente mecanicista. Apesar das rotinas não é um trabalho estável, pois depende da mobilização do conhecimento do profissional.	
Organograma	Caso2B: Estrutural por funções; Caso 4B; Caso 5B; Caso 6B; Caso 7B; Caso 9B (reconstruído a partir de documentos); Caso 12B: Estrutural por serviço.	
Constelações de trabalho	As comissões são mecanismos de ligação de primeira linha, mas não há formação de estrutura matricial.	
Decisões <i>ad</i>	Não ocorre na estrutura	
Especialização dos postos de trabalho	O profissional é alocado de acordo com suas habilidades, não há um programa de rodízio institucional, o trabalho é rotineizado e especializado vertical e horizontalmente. Existe uma diferenciação grande em quem planeja, organiza e decide em relação a quem executa	
Formalização do comportamento	As ações dos trabalhadores são condicionadas por um código de ética que é também disciplinar, além dos esforços institucionais de formalizar os comportamentos. O ambiente é dinâmico, mas a maioria das contingências já foram vivenciadas (a não ser que seja profissional recém-formado, mesmo assim já existe um padrão de comportamento esperado) mesmo que teoricamente. Devido as situações poderem ser de natureza crítica e envolver riscos, as equipes são ensinadas para poder responder de forma rápida e eficiente, assim os procedimentos são formalizados.	
Sistema de Planejamento e de controle	O planejamento é realizado pelo vértice estratégico, a linha hierárquica é responsável pela implementação deste, e o centro operacional pela execução. Existe uma obsessão pelo controle e planejamento, mensuração para melhoria do desempenho.	
Mecanismos de ligação	Uso de mecanismos de ligação, porém com limites. Uso de comitês permanentes da contratualização que direciona o trabalho em forma de comissões multidisciplinares. Contudo se mantém de forma bem definida a linha hierárquica e a unidade de comando. Não há estrutura matricial.	
Descentralização	A distribuição de poder para os não gerentes ocorre de forma limitada, existe autonomia para exercício da liderança à nível local. A descentralização é limitada	

FONTE: Adaptado de Mintzberg (2010).





QUADRO 3b – TIPOS DE ESTRUTURAS DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

ESTRUTURAS ELEMENTOS DA ESTRUTURA	Adhocracia Administrativa 	Burocracia Profissional 
Hospitais de Ensino	Caso 1B; Caso 15H	
Componente-chave	A estrutura funciona com grupo de projetos, um conjunto de gerentes e enfermeiros da assistência e profissionais de outras áreas, procuram meios para atender as demandas do mercado de serviços e adaptar-se a necessidades dos clientes (a estrutura trabalha para si servir). Além disso, existe uma separação do componente administrativo (estruturado como uma Adhocracia) do centro operacional (estruturado como uma Burocracia profissional). Destacam-se então duas partes-chaves nesta estrutura a linha hierárquica e o centro operacional	
Mecanismo de coordenação primordial	Dá-se relativa importância ao ajustamento mútuo, a estrutura funciona pela criação de grupos de trabalho para discussão de projetos entre trabalhadores de linha hierárquica de diferentes áreas	
Vértice estratégico	Descentralização seletiva do poder. A estrutura organizacional do hospital assume a forma de um sistema de constelações de trabalho. A posição de cada grupo de trabalho depende dos tipos de decisões funcionais que cada um toma. Cada grupo vai agregando gestores hierárquicos e especialistas funcionais a medida que depende do conhecimento destes para a tomada de decisão, ocorre então a descentralização seletiva (concessão de poder) tanto na dimensão horizontal como na vertical. Nestes grupos de trabalho, inserem-se o vértice estratégico e a linha hierárquica dos serviços de Enfermagem devido a interdependência na realização das tarefas complexas na estrutura.	
Tecnoestrutura	Tecnoestrutura elaborada, utiliza-se a standardização para coordenar as atividades do centro operacional	
Pessoal de apoio	Participa dos grupos de trabalho em conjunto com gestores e especialistas funcionais nas discussões de definições de estratégias de ação para a organização hospitalar	
Linha hierárquica	Os gerentes intermediários participam dos grupos para a adaptação ao ambiente externo, formulação e execução da estratégia de trabalho	
Centro operacional	Formado por trabalhadores qualificados para o desempenho da função	
Organograma	Estrutural misto (por competências médicas e por funções). Observação: reconstruído a partir de documentos	
Constelações de trabalho	Trabalho organizado em forma de comissões, que são mecanismos de ligação de primeira linha. Há formação de estruturas matriciais	
Decisões <i>ad</i>	Utiliza os analistas para a adaptação ao ambiente externo. Fluxo de informações externa e reunião para definição do posicionamento da organização para atender necessidades do mercado. Os quadros hierárquicos trabalham de forma integrada nos grupos de projetos	
Especialização dos postos de trabalho	Divisão do trabalho especializada na dimensão vertical, mais intensa na dimensão horizontal, contudo não atinge todos os níveis hierárquicos	
Formalização do comportamento	Pouca formalização da linha hierárquica, porém forte formalização do comportamento do centro operacional	
Sistema de Planejamento e de controle	O vértice exerce função de controle nos prazos e desenvolvimento de ações para atingimento de metas, controle dos custos, atendimento as políticas de forma moderada	
Mecanismos de ligação	Uso de mecanismos de ligação além dos exigidos pelas políticas públicas	
Descentralização	Descentralização seletiva na dimensão vertical a medida que é concedido poder aos profissionais, porém este poder é partilhado de forma limitada com os operacionais	



FONTE: Adaptado de Mintzberg (2010).

QUADRO 3c – TIPOS DE ESTRUTURAS DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

ESTRUTURAS ELEMENTOS DA ESTRUTURA	Adhocracia Divisionalizada 	Burocracia Profissional 
Hospitais de Ensino	Caso 8B; Caso 10B; Caso 11B	
Componente-chave	O serviço funciona com grupo de projetos (composta pelo vértice estratégico, linha hierárquica do serviço de Enfermagem e pessoal de apoio da estrutura hospitalar). Os grupos de trabalho ou <i>task force</i> , os comitês permanentes e grupo de trabalho <i>ad hoc</i> , favorece o ajustamento mútuo, o que reflete a natureza adhocrática da estrutura. A prestação da assistência é separada por divisões e cada gerente intermediário é responsável por uma delas. A atuação deles abrange o desenvolvimento de planejamento estratégico, implementação e avaliação das ações administrativas, atuação da equipe multidisciplinar e da Enfermagem. Estas características refletem a natureza divisionalizada da estrutura. O centro operacional é formado por profissionais qualificados, característica da Burocracia profissional. Portanto destaca-se duas partes chaves nesta estrutura a linha hierárquica e o centro operacional	
Mecanismo de coordenação primordial	Dá-se relativa importância ao ajustamento mútuo, a estrutura funciona pela criação de grupos de trabalho para discussão de projetos entre trabalhadores de linha hierárquica de diferentes áreas	
Vértice estratégico	Descentralização seletiva do poder. A estrutura organizacional do hospital assume a forma de um sistema de constelações de trabalho. A posição de cada grupo de trabalho depende dos tipos de decisões funcionais que cada um toma. Cada grupo vai agregando gestores hierárquicos e especialistas funcionais a medida que depende do conhecimento destes para a tomada de decisão, ocorre então a descentralização seletiva (concessão de poder) tanto na dimensão horizontal como na vertical. Nestes grupos de trabalho, inserem-se o vértice estratégico e a linha hierárquica dos serviços de Enfermagem devido a interdependência na realização das tarefas complexas na estrutura. A Enfermagem reproduz o mesmo modelo na organização do trabalho	
Tecnoestrutura	Tecnoestrutura elaborada utiliza-se a standardização para coordenar as atividades do centro operacional	
Pessoal de apoio	Participa dos grupos de trabalho em conjunto com gestores e especialistas funcionais nas discussões de definições de estratégias de ação para a organização hospitalar	
Linha hierárquica	Os gerentes intermediários participam do planejamento e execução da estratégia junto com o vértice estratégico. Também são responsáveis pelo desempenho da divisão e alcance de metas e objetivos, fazem relatório baseados no planejamento estratégico da unidade o que foi alcançado o que precisa ser revisto, e plano de ação para alcance das mudanças. Este mesmo mecanismo se estende aos trabalhadores das divisões que são avaliados e acompanhados em relação ao seu desempenho. Estas características refletem o caráter divisionalizado da estrutura. Contudo, existe uma mobilização na busca de desenvolvimento de estratégias que favoreça ou corresponda melhor as necessidades internas e externas à organização	
Centro operacional	Formado por trabalhadores qualificados para o desempenho da função	
Organograma	Estrutural divisional por serviço	
Constelações de trabalho	Trabalho organizado em forma de comissões, que são mecanismos de ligação de primeira linha. Há formação de estruturas matriciais	
Decisões <i>ad</i>	Utiliza os analistas para a adaptação ao ambiente externo. Fluxo de informações externa e reunião para definição do posicionamento da organização para atender necessidades do mercado. Os quadros hierárquicos trabalham de forma integrada nos grupos de projetos	
Especialização dos postos de trabalho	Divisão do trabalho especializada na dimensão vertical, mais intensa na dimensão horizontal, contudo não atinge todos os níveis hierárquicos.	
Formalização do comportamento	Pouca formalização da linha hierárquica, porém forte formalização do comportamento do centro operacional.	
Sistema de Planejamento e de controle	O vértice exerce função de controle nos prazos e desenvolvimento de ações para atingimento de metas, controle dos custos, atendimento as políticas de forma moderada.	
Mecanismos de ligação	Uso de mecanismos de ligação além dos exigidos pelas políticas públicas	
Descentralização	Descentralização seletiva na dimensão vertical à medida que é concedido poder aos profissionais, porém este poder é partilhado de forma limitada com os operacionais	

FONTE: Adaptado de Mintzberg (2010).

QUADRO 3d – TIPOS DE ESTRUTURAS DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

ESTRUTURAS ELEMENTOS DA ESTRUTURA	Estrutura Divisionalizada 	Burocracia Profissional 
Hospitais de Ensino	Caso 3B; Caso 13H; Caso 14H	
Componente-chave	Na linha hierárquica, abaixo do vértice estratégico, encontram-se divisões, que possuem em seu vértice gerentes intermediários (como se fossem estruturas dentro da estrutura). Este fator indica a importância da linha hierárquica para a organização. O centro operacional é formado por profissionais qualificados, característica da Burocracia profissional. Portanto, duas partes-chaves se destacam nesta estrutura: a linha hierárquica e o centro operacional.	
Mecanismo de coordenação primordial	Ênfase nos resultados alcançados pelas divisões	
Vértice estratégico	Poder formal descentralizado. Posiciona-se como sede administrativa das divisões e é responsável pelo acompanhamento de seu desempenho. Existe na sua composição grande número de especialistas funcionais. Ocorre a indicação, formação e socialização do conhecimento dos gerentes das divisões. As divisões têm o poder de definir as estratégias de trabalho e são responsáveis por informar a sede seu desempenho	
Tecnoestrutura	É formada por enfermeiros que exercem função de apoio para o funcionamento das divisões e são responsáveis pela concepção e funcionamento do sistema de controle de desempenho da divisão	
Pessoal de apoio	Desempenho de funções de apoio das divisões, mas não as compõe.	
Linha hierárquica	Possui autonomia para o desenvolvimento de planejamento estratégico da divisão que é voltado para as necessidades internas (inerentes a própria divisão). Os novos projetos são discutidos dentro das divisões. Se o projeto assume proporções maiores pode envolver a necessidade de discussão com gerentes de divisões, e por fim a apresentação deste para a sede.	
Centro operacional	Formado por trabalhadores qualificados para o desempenho da função	
Organograma	Caso 3B: Divisional por serviço (Circular); Caso 13H; Caso 14H: Divisional por serviço.	
Constelações de trabalho	Trabalho organizado em forma de comissões, que são mecanismos de ligação de primeira linha.	
Decisões <i>ad</i>	Não ocorre na estrutura	
Especialização dos postos de trabalho	Divisão do trabalho menos intensa, especializada tanto na dimensão vertical como na horizontal.	
Formalização do comportamento	Muita formalização e socialização do comportamento dos gerentes intermediários e membros do centro operacional para controle de desempenho	
Sistema de Planejamento e de controle	Controle pelo vértice estratégico do planejamento realizado pelas divisões e pelo alcance de resultados	
Mecanismos de ligação	Uso de mecanismos de ligação, porém com limites. Uso de comitês permanentes da contratualização que direciona o trabalho em forma de comissões multidisciplinares. Contudo mantém-se de forma bem definida as linhas de autoridade	
Descentralização	Descentralização vertical e horizontal limitada; uso de mecanismos de democratização.	

FONTE: Adaptado de Mintzberg (2010).

## 7.1 DISCUSSÃO

O Quadro analítico elaborado a partir da Teoria Organizacional de Mintzberg (2010) favoreceu a descrição das estruturas dos serviços de Enfermagem pesquisados. Foi evidenciada a característica híbrida dos serviços

de Enfermagem dos HE do Paraná-Brasil e Groningen-Holanda. No Paraná houve prevalência da estrutura mecanicista, em relação às estruturas adhocrática e a divisionalizada. Em Groningen, a estrutura divisionalizada foi prevalente em relação à adhocrática. Todos os serviços apresentaram um centro operacional composto por profissionais.

Foram encontradas nos serviços de Enfermagem pesquisados estruturas híbridas, ou seja, a conjugação de elementos estruturais de mais de uma configuração. Estudos anteriores são consistentes com os achados desta pesquisa. De acordo com Duarte (2006), organizações puras são difíceis de serem encontradas devido à complexidade interna e externa das organizações. Para Thompson e Mc Hugh (2009), as diferentes partes da estrutura podem ter características próprias e influenciar alterações em outras dimensões estruturais.

Os resultados desta pesquisa apontaram para prevalência de estruturas mecanicistas nos serviços de Enfermagem. As estruturas adhocráticas e divisionalizadas também foram encontradas em serviços que operam em ambientes complexos. Considerando a variável incerteza da tarefa, a estrutura e eficácia da organização, a visão mecanicista, de acordo com Santos (2007), considerada como base para administração moderna, tem se revelado insuficiente para responder às demandas das organizações na atualidade por visualizar a organização como um sistema fechado. Ou seja, sem considerar o ambiente em que ele está inserido. (KATZ; KAHN,1987).

A natureza do trabalho da estrutura mecanicista, também tem um histórico de efeitos negativos devido aos problemas como a alienação do trabalhador; maus tratos aos clientes; a tensão entre trabalhador e gerentes por causa das estratégias que estes precisam utilizar para reprimir o mau comportamento; e a falta de autonomia gerencial pela centralização. (MINTZBERG, 2010).

A centralização segundo Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2006) tem efeito negativo sobre a inovação exploratória (busca de novos conhecimentos, produtos e serviços). Embora a formalização tenha influência positiva sobre a inovação exploradora (expansão do conhecimento existente). (JANSEN; VAN DEN BOSCH, VOLBERDA, 2006). Sahay e Gupta (2011) apontam a relação positiva e significativa entre a participação no processo de tomada de decisão e inovação; e negativa entre a centralização das decisões e inovação. Por outro

lado, inconsistente com o estudo destes autores, Schoonhoven (1981) afirma que a relação entre a incerteza da tarefa e eficácia da organização é complexa, não é uma relação com efeitos diretos como o proposto pela teoria contingencial. Para a autora, os elementos da estrutura (descentralização, pouca formalização) dependem da intensidade da incerteza do fluxo de trabalho e tem influências diferentes sobre a eficácia. Ao contrário das previsões da relação mecânica-orgânica, o aumento da descentralização reduz a eficácia das unidades operacionais do hospital em situações de baixa incerteza.

A coexistência de elementos contraditórios na mesma estrutura pode levar a resultados inesperados. Mintzberg (1979) afirma que a teoria organizacional não é clara sobre as dimensões descentralização e centralização. O autor sugere que, para que haja maior compreensão sobre o assunto, estes dois elementos sejam tratados como não absolutos, mas sim como parte de um *continuum* de uma linha de pólos opostos que vai desde a descentralização total até a centralização total. (MINTZBERG, 1979).

A adoção de estruturas com alto grau de descentralização, como são as estruturas adhocráticas, tem se destacado nos últimos anos. Novas formas de gerir em saúde, caracterizadas pela redução dos níveis hierárquicos, delegação de autoridade, intensificação da comunicação horizontal; ou seja, estruturas flexíveis são capazes de se adaptar e dar respostas mais rápidas para situações contingenciais do mundo atual e garantir que os objetivos das organizações sejam alcançados. (SPAGNOL; FERNANDES, 2004). Para Spagnol e Fernandes (2004, p. 163), hospitais, tais como organizações de saúde e serviços de enfermagem, devem procurar "adaptar seus modelos de gestão, de acordo com o dinamismo da sociedade de hoje, para produzir serviços de qualidade".

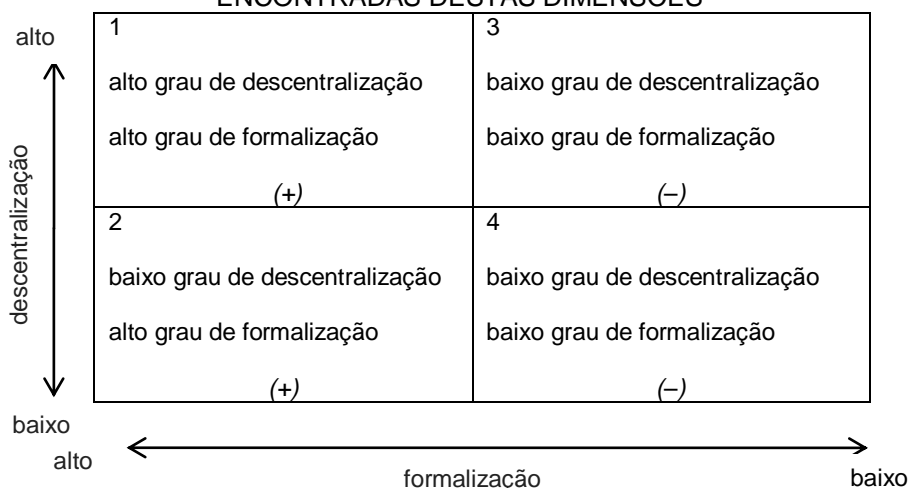
Para Luo e Donaldsen (2014) a partir das considerações de Burns e Stalker (1961), o alto desempenho organizacional da estrutura deve considerar os fatores contingenciais: incerteza do ambiente; estratégia e tamanho. A relação da estrutura com os fatores contingenciais pode levar a redução da *performance* organizacional. Por exemplo, ambiente incerto, exige estruturas 'orgânicas' ou mais flexíveis para inovar. Em ambientes estáveis, a forma 'mecanicista' pode ser suficiente para garantir eficiência.

## 7.2 AS DIMENSÕES ESTRUTURAIS FORMALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO NA ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

A coexistência entre o alto nível de formalização e alto nível de descentralização foi encontrada em alguns casos pesquisados separados no Grupo 1. Os casos em que foi encontrado nos serviços de enfermagem baixo grau de descentralização e alto grau de formalização compuseram o Grupo 2. As combinações baixo grau de descentralização e baixo grau de formalização; baixo grau de descentralização e baixo grau de formalização, aparentemente, mostraram-se ausentes nos casos pesquisados (FIGURA 11).

Em todos os casos, o centro operacional, apresentou ser composto por enfermeiros, técnicos de Enfermagem ou profissional do nível médio e assistente administrativo, todos com um nível de profissionalização suficiente para desempenhar as atividades requeridas. No entanto, os principais mecanismos de coordenação não foram apenas as competências destes profissionais, como pode ser observado a seguir, juntamente às características da estrutura de enfermagem dos serviços pesquisados.

FIGURA 11 – A FORMALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO E AS COMBINAÇÕES ENCONTRADAS DESTAS DIMENSÕES



FONTE: A autora (2016).

### 7.2.1 O alto grau de descentralização e o alto grau de formalização

As combinações de ambas as dimensões apresentaram dois tipos de autoridade, em um grupo as decisões eram descentralizadas e não seletivas, o outro grupo apresentou descentralização seletiva das decisões com concentração de autoridade em duas partes da organização, no gerente do vértice estratégico e nos gerentes de nível médio.

#### *Casos 1B, 8B, 10B, 11B e 15H*

A descentralização do poder é uma característica dessas estruturas de enfermagem. Nestes grupos, gerentes de enfermagem intermediários, não gerentes de enfermagem e não gerentes colaboram para alcançar o melhor do serviço de enfermagem nos grupos de projetos de forma integrada com os gerentes e profissionais de outras áreas. O principal mecanismo de coordenação escolhida pelos AG para desenvolver o trabalho é o ajuste mútuo, eles também têm preferência para a comunicação informal em detrimento da formal. Por outro lado, os AG utilizam regulamentos para cada categoria profissional, procedimentos operacionais padronizados (POPs) e procedimentos assistenciais padronizados (PAPs) para a maioria das atividades assistenciais e administrativas realizadas pela equipe, além de possuírem regras institucionais bem definidas.

#### *Casos 3B, 13H e 14H*

O poder formal descentralizado ocorre neste serviço de enfermagem. Os AG, autoridade superior, delegam para os gerentes intermediários a responsabilidade formal de setores ou divisões. No topo da linha hierárquica, se localiza a sede administrativa responsável por monitorar o desempenho de cada divisão. As divisões têm o poder de definir as estratégias de trabalho e são responsáveis pela obtenção de resultados. Estas discutem e desenvolvem novos projetos ou questões relacionadas com o processo de trabalho, envolvendo as mudanças a nível local. A tecnoestrutura é composta por enfermeiros que fornecem suporte para o funcionamento das divisões. O

principal mecanismo de coordenação, utilizado pelo AG é o foco sobre os resultados obtidos pelas divisões. Para o alcance e padronização dos resultados, o AG investe na formalização e socialização do comportamento dos gerentes de nível médio e membros do centro operacional para controle de desempenho. Apesar do alto grau de formalização e alto grau de descentralização, este grupo foi separado dos Casos *1B, 8B, 10B, 11B e 15H*, devido a uma singularidade da distribuição do poder. A autoridade para decidir, nestes serviços de enfermagem, não é seletiva, esta se concentra em duas partes da organização, no AG e nos gerentes de nível médio.

### 7.2.2 O baixo grau de descentralização e o alto grau de formalização

#### *Casos 2B, 4B, 5B, 6B, 7B, 9B e 12B*

O poder formal está centralizado no topo da linha hierárquica. O AG desenvolve a estratégia de trabalho e define como as atividades serão realizadas pela equipe. Depois de definir a implementação das estratégias na prática é feita pelos gerentes de nível médio e a execução pelo centro de operacional. Existe uma forte interferência na linha hierárquica para coordenar as atividades com acompanhamento do trabalho desenvolvido pelo centro de operacional – ênfase em ações de controle.

O fluxo de autoridade é descendente, a distribuição de poder para os não gerentes ocorre de forma limitada, foi evidenciado pouco envolvimento do centro operacional nas decisões. Existe uma clara divisão entre as funções, ou seja, uma grande diferenciação horizontal e vertical entre quem planeja, coordena e controla as atividades e quem realiza. Estas estruturas enfatizam a linha hierárquica e a unidade de comando.

As atividades do centro operacional são padronizadas pela tecnoestrutura. Sendo então a padronização dos processos o principal mecanismo de coordenação utilizado pelos AG. A estrutura também utiliza mecanismos de conexão de primeira linha, como comissões permanentes obrigatórias que direcionam o trabalho na forma de comitês multidisciplinares, mas a participação nessas comissões é restrito aos gerentes intermediários.



O Grupo 3, caracterizado pelo alto grau de descentralização / baixo grau de formalização e o Grupo 4, pelo baixo grau de descentralização / baixo grau de formalização foram combinações das dimensões descentralização e formalização que não foram encontrados em nenhum dos casos pesquisados.

## 7.2 DISCUSSÃO

Nos casos 1B, 3B, 8B, 10B, 11B, 13H, 14H e 15H, foram encontrados um alto grau de formalização e um alto grau de descentralização. Nos casos 2B, 4B, 5B, 6B, 7B, 9B e 12B, um alto grau de formalização e baixo grau de descentralização. Não foram encontradas as combinações alto grau de descentralização / baixo grau de formalização e baixo grau de descentralização / baixo grau de formalização das dimensões estruturais descentralização e formalização.

Os achados relacionados à combinação – alto grau de formalização e alto grau de descentralização estão alinhados a resultados de pesquisa anterior. Meirovich et al. (2007) concluíram que a formalização através de POPs e regras reduz o risco de erros cometidos pela equipe; e resulta em ordem, segurança e menor risco financeiro para o hospital. Por outro lado, o potencial criativo dos profissionais, a habilidade crítica e o poder de agir de acordo com os próprios critérios também é reduzido (MEIROVICH et al., 2007).

Apesar da importância que tem sido dada, atualmente, à formalização total dos processos em hospitais, as diferentes necessidades dos pacientes e a natureza dos serviços oferecidos por alguns hospitais com foco na emergência e nos tratamentos longos e complexos requerem uma estrutura mais flexível (Meirovich et al., 2007), devido à vantagem de decisões tomadas a nível local serem mais consistentes com a informação e a realidade daquele setor hospitalar. (ALONSO et al., 2008). Contudo, devido à interferência de um elevado grau de formalização e de descentralização na satisfação do cliente e na qualidade da assistência, recomenda-se que os hospitais encontrem pontos sinérgicos entre as duas variáveis e resolvam os conflitos inerentes entre elas, o que segundo os autores exige competências gerenciais. (MEIROVICH et al., 2007).

Outros resultados da pesquisa estão relacionados à autoridade e a responsabilidade delegada a gerentes de nível médio e não-gerentes; a comunicação fluida; e a atividades padronizadas na estrutura de serviços que prestam cuidados em um ambiente complexo. Estudo anterior concluiu que a concessão da autoridade para enfermeira para o desenvolvimento da prática é fundamental em tempos de escassez de profissionais, sendo o compartilhamento da governança uma estratégia de retenção de profissionais. (HESS, 2004). Outro estudo associou à descentralização das decisões à melhoria da qualidade e melhor desempenho dos profissionais pelo aumento da produtividade. (BASHIR, 2015). Rezaee et al. (2014) mencionam como efeitos positivos da descentralização a maior abertura para a aceitação de falhas, geração de novas ideias e mudanças. Consistente com o achado desta pesquisa relacionada à comunicação fluida é a observação de Liang et al. (2010), em que os autores afirmam que o uso de sistemas de comunicação informal é grande quando a incerteza no ambiente de trabalho é alta.

Alguns serviços de enfermagem pesquisados apresentaram um alto grau de formalização e um baixo grau de descentralização em ambientes de alta incerteza. Donaldson (1995, 2000), a partir do estudo de Burns e Stalker (1961), sugere que um alto grau de formalização e baixo grau de descentralização, isto é, estruturas mecânicas, se encaixam melhor em ambientes com tarefas de baixa incerteza.

As estruturas mecânicas adotadas pelos casos investigados são inconsistentes com as características das tarefas que devem ser executadas nestes ambientes, podendo ter um impacto negativo sobre a eficácia da estrutura (Hage e Aiken, 1967; Burns e Stalker, 1961) e, além disso, sobre a qualidade da entrega do cuidado. (GREGOV, 1990; SENOT et al., 2015). Em contraste, a complexidade dos ambientes hospitalares tem diminuído ao longo dos anos devido à propagação do conhecimento entre médicos e enfermeiros, por meio de protocolos e POPs. Assim, o profissional tem um maior domínio sobre o que deve ser executado. Consequentemente, a necessidade para processar a informação é menor e uma estrutura mais mecanicista pode ser benéfica. No entanto, a estrutura para alcançar a eficácia deve corresponder ao tipo de tarefa praticada, que dentro da mesma organização pode variar de setor para setor. (van OFFENBEEK; KNIP, 2004).

A formalização pode não ser suficiente para lidar com a diversidade de tarefas incertas em ambientes complexos como HE. De acordo com Donaldson e Joffe (2014) a incerteza da tarefa pode variar de baixa a alta em um *continuum*. Contudo, dependendo do nível de incerteza ajustes podem ser aplicados. Por exemplo, em situações em que a incerteza da tarefa é baixa, o ajuste pode ser feito usando um POP; quando a variação aumenta a experiência dos profissionais e a informações podem resolver; a alta variação requer a interação de conhecimento especializado para executar as tarefas.

Em todos os casos pesquisados, verificou-se que o centro operacional é composto por profissionais qualificados para desenvolver suas atividades, no entanto, os principais mecanismos de coordenação encontrados não foram apenas as habilidades dos profissionais. De acordo com Duarte (2006), a qualificação dos trabalhadores garante um controle maior sobre as atividades que eles realizam, conseqüentemente maior autonomia individual. Com o amplo controle dos profissionais ocorre uma descentralização da estrutura tanto a nível horizontal como vertical. Esta característica resulta na hibridez da estrutura dos serviços. Thompson e Mc Hugh (2009), afirmam que partes da organização podem conter características próprias, portanto, podem influenciar outros elementos da estrutura, o que resulta em organizações não-puras. (THOMPSON; MC HUGH, 2009).

### 7.3 AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO ALTO GERENTE DE ENFERMAGEM PARA ORGANIZAR O TRABALHO NA DIMENSÃO GERENCIAL, RELACIONADAS AO ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA

Outros resultados desta pesquisa estão relacionados com as estratégias utilizadas pelo AG para organizar o trabalho. Neste sentido, emergiram da análise dos dados os seguintes temas: Definição da estrutura organizacional; Características da força de trabalho; e As forças que influenciam o ambiente de trabalho.

### 7.3.1 Definição da estrutura organizacional

De acordo com os dados coletados, no Paraná-Brasil e em Groningen nos Países Baixos as configurações da equipe de Enfermagem são distintas. No Paraná o AG, independente da denominação tem formação na área de enfermagem e exerce função de coordenação do serviço; participa da tomada de decisões estratégicas em conjunto com diretores e/ou gerentes de outras áreas; e, responde tecnicamente pelos profissionais de Enfermagem, inclusive diante do Conselho de Classe. Nos hospitais holandeses pesquisados o enfermeiro se considera 'enfermeiro' se ainda exerce atividades relacionadas a assistência direta, se o mesmo ocupa cargo ou realiza atividades administrativas se autodenomina gerente. O cargo de gerente pode ser ocupado por profissional sem formação em Enfermagem.

Em 7(46.6%) dos HE as estratégias são formuladas pelo AG. A implementação destas estratégias são realizadas pelos gerentes intermediários e executadas pelo enfermeiro assistencial e demais profissionais de nível médio. Para garantir que as atividades atendam aos objetivos da organização, os AGs investem na ampliação da estrutura. Para maior controle sobre as ações dos trabalhadores aumentam os níveis hierárquicos entre eles e os operacionais.

*'Existe uma coordenadora para as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), é impossível ela estar em todo lugar o tempo todo. Então cada UTI tem uma segunda pessoa, uma supervisora que também exerce função de coordenação...exerço controle para manter os profissionais alinhados com a visão e missão da instituição.'* (AGB4)

Outros AGs introduzem mecanismos de democratização como as rodas de conversa ou grupos de trabalho para que as atividades sejam desenvolvidas coletivamente:

*"Geralmente todo e qualquer projeto discutimos com os colegas de enfermagem, em seguida, formamos pequenos grupos que trabalham estes projetos ... para que possamos iniciar o projeto sempre com apoio."* (AGB3)

Alguns utilizam informações externas para decidir e inovar de acordo com a necessidade do mercado:

*'... O grupo trabalha em planejamento estratégico, em primeiro lugar, vemos como o mercado está. Verificamos o que está sendo feito sobre a tecnologia? Qual a área terá maior investimento em 2014? Se eles (SUS) vão investir em hospitais, a estratégia é fornecer para o sistema camas mais clínicos. Se eles vão se concentrar na pesquisa de drogas vamos tentar adicionar o hospital neste tipo de pesquisa. "* (AGB1)

### 7.3.2 Características da força de trabalho

Os AGs expressaram preocupação com a qualidade dos cuidados, devido o baixo nível de capacitação de alguns profissionais para trabalhar em ambiente complexo. Esta situação está presente em todos os serviços pesquisados em diferentes níveis. Para melhorar o nível de conhecimento desses profissionais, os AGs investem em programas de desenvolvimento de competências, e em mecanismos que lhes permitam avaliar a qualidade dos cuidados.

*"...Nós temos uma avaliação individual, uma avaliação da equipe que acompanha observa os profissionais durante a realização das atividades, mas sem interferência. pedimos também para os pacientes avaliarem..." (AGH13)*

Os AGs também unem forças com os setores de recursos humanos, gestão de pessoas e de educação dos hospitais na busca pelo preparo dos profissionais para o trabalho. Neste aspecto, não há nenhuma participação ativa das IES a quem os HE são pertencentes ou conveniados. De acordo com 37% dos AGs, existe pouca adesão dos profissionais às regras e regulamentos institucionais. Além disso, os trabalhadores são resistentes a mudanças (citado por 42% dos AGs) e tem pouco comprometimento com o trabalho (citado por 37% dos AGs). Como resultado, eles relataram ter dificuldade em manter os trabalhadores engajados para o alcance dos objetivos organizacionais.

*"A adesão é difícil ...Quando são coisas de interesse deles, é mais fácil, mas quando as coisas precisam ser feitas, e estas podem mexer com conforto deles, então nós encontrar resistência." (AGB8)*

### 7.3.3 Forças que influenciam o ambiente de trabalho

Para atender às políticas governamentais relacionadas aos HE, os serviços de enfermagem incorporaram em suas atividades diárias indicadores de cuidados (tais como taxa de infecção e mortalidade) e gerenciais (como taxa de ocupação, tempo médio de permanência, número de funcionários por leito). Os resultados são monitorados e avaliados constantemente pelos AGs e profissionais fora do serviço de enfermagem.

*'... Trabalhamos com comissões: transfusão; comitê de ética em pesquisa, mortalidade materna; e outras. Ou uma enfermeira ou participo...As outras áreas ainda estão se organizando, organizamos isso em oito meses. Nós monitoramos os dados no sistema, além de também têm parceria com o escritório de qualidade para monitorizar os objetivos.' (AGB2)*

O estilo de trabalho do AG direciona a atenção da equipe para as necessidades do paciente:

*'... Muitos dos meus colegas estão em seus escritórios com seus ternos, eu escolhi estar perto dos pacientes e da assistência.'* (AGH13)

Além da ferramenta de gerenciamento "foco no paciente", outras como a acreditação, ISO, ou de gestão da qualidade fazem o AG investir no processo de mapeamento, protocolos e procedimentos. Os AGs relataram também a necessidade de atender aos requisitos de políticas públicas para manter constantes programas de capacitações dos trabalhadores nos procedimentos técnicos com registros formais da participação. Durante a definição e descrição dos procedimentos surgiu a necessidade de interação do conhecimento entre profissionais de várias áreas. O impacto das decisões dos AGs sobre a organização estimulou 7(46,6%) deles a utilizarem consultores especializados.

*'Nós temos consultores técnicos, as pessoas das unidades de assistência, da gestão da qualidade, do controle de infecção hospitalar, da educação continuada, dos cuidados da pele e outros.'* (AGB3)

Existe também a necessidade dos serviços de enfermagem contribuírem para os objetivos das organizações em relação à tecnologia de incorporação, pesquisas e ações que promovam a desospitalização. Estas áreas foram consideradas como de pouca importância em comparação a prestação de cuidados. Alguns AGs justificaram isso com a dificuldade de reposição de pessoal ou devido à falta de orçamento específico para estas áreas. Outra dificuldade enfrentada por 9(64%) dos AGs é a falta de pessoal, explicado por eles devido a pouca formação dos profissionais para o mercado de trabalho, a elevada taxa de aposentadoria, aos cortes financeiros que impedem novas contratações e ao baixo salário que impulsiona os enfermeiros a mudarem constantemente de hospitais. Como resultado deste quadro, os serviços de enfermagem sofrem de dois importantes fatores que afetam a qualidade do atendimento: o *turnover* e a alta carga de trabalho. A falta de pessoal também contribuiu na diminuição do número de leitos e na dificuldade dos profissionais em prestarem assistência de forma integral. Apesar de todos os AGs relatarem ter autonomia para o trabalho, estes afirmaram que esta é uma situação difícil de ser superada. Para enfrentar este problema, no Brasil alguns AGs usam

como estratégia a contratação de enfermeiros recém-formados para realizar assistência direta e suprir a falta no mercado de profissionais de nível médio.

*'Temos enfermeiros trainee. Estamos em uma fase em que o trabalho de um técnico de enfermagem não existe ... Por isso, criamos esta posição de enfermeiro trainee, uma enfermeira que nunca trabalhou. Nós oferecemos a oportunidade de, pelo menos, eles começarem a carreira. Eles fazem tudo, os cuidados de enfermagem como um todo, medicação, banho, eles trocam o paciente. O salário é menor do que dos outros enfermeiros.'*(AGB12)

Na Holanda, a solução encontrada é a designação governamental da educação de um maior número de enfermeiros de nível médio a um custo de enfermeiros de maior escolaridade. Em ambos os países, ocorre a contratação de enfermeiros temporários. Os AGs afirmam ser difícil prever antecipadamente as suas necessidades. Além disso, argumentam que esta situação impede o desenvolvimento de pesquisas. Devido à situação da força de trabalho a prioridade é a assistência, a pesquisa, neste contexto, passa a ser considerada como uma atividade secundária em relação ao cuidar. O percentual de desenvolvimento de pesquisa de acordo com 13(86,6%) dos AGs é baixa, não há sistemas de gerenciamento das pesquisas realizadas. Embora, os AG tenham mencionado a participação de enfermeiros em pesquisas clínicas de outros profissionais de saúde, e na criação de setores de desenvolvimento de pesquisa, além de esforços para estreitar o relacionamento com universidades com intuito de fortalecer esta área.

*'.. Nós realizamos pesquisas sempre em conjunto com a universidade para nos orientar.'* (AGH10)

As ações gerenciais isoladas utilizadas pelos AG poderiam compor um modelo gerencial voltado para realidade de trabalho, que promovesse a organização do serviço.

*"Nós estamos olhando para os modelos que existem e que podem atender a nossa realidade. Tem muito a ser feito para a organização dos serviços de enfermagem, precisamos trabalhar mais com esta visão. "* (AGB8).

No entanto, apenas três AG utilizam este recurso.

### 7.3 DISCUSSÃO

Embora existam diferenças significativas entre Brasil e Holanda em relação a economia, a população, a configuração da equipe de enfermagem e ao sistema de saúde, não houve diferença significativa no tipo de estratégias

utilizadas pelos AG de enfermagem. A maioria das estratégias hospitalares são centralizadas na pessoa do AG, apesar do investimento de alguns AGs na participação dos profissionais no processo de tomada de decisão.

Além disso, os resultados apontaram que as diretrizes institucionais de redução de custos; a falta de políticas de reposição de quadro funcional do serviço público e o baixo salário contribuem para a falta de pessoal e alteram o ambiente de trabalho em alguns serviços de enfermagem. Em contrapartida, as mudanças nas políticas públicas para qualificar os hospitais nas áreas da assistência, do ensino e pesquisa influenciam o trabalho gerencial e aumentam a pressão sobre AGs, que trabalham com uma equipe reduzida e com lacunas no treinamento diário para alcançar as metas acordadas anualmente entre os líderes de hospitais e do governo, além da responsabilidade que os mesmos possuem para garantir que o atendimento seja realizado dentro de um certo padrão de qualidade.

A força de trabalho dos HE é composta por um *mix* de empregados com baixo salário, subcontratados ou com contrato de trabalho de curto prazo. E perto da idade de se aposentar. Isto pode explicar a dificuldade destes profissionais de se identificarem e se envolverem com os objetivos organizacionais. A necessidade de assumir maior demanda de trabalho e trabalhar com enfermeiros com pouca formação aumentam a tensão entre os membros da equipe. Neste tipo de ambiente de trabalho é de se esperar uma alta taxa de rotatividade. Baernholdt e Marcos (2009) também associaram, a qualidade do ambiente de trabalho ao aumento da taxa de rotatividade, neste caso justificado pela falta de serviços de apoio administrativo suficientes; pela falta de autonomia dos profissionais; e pelo nível de complexidade dos pacientes atendidos. (BAERNHOLDT; MARCOS, 2009). Além da satisfação profissional individual. (WANG; LIU, 2015).

Outro resultado desta pesquisa é que a falta de pessoal parece estar relacionada com o crescente envelhecimento dos trabalhadores e com as condições de trabalho. De acordo com Sherman et al. (2013), a partir de Filkins (2011), está prevista uma escassez de 600.000 enfermeiros até 2020 na Europa, causada pela redução da força de trabalho pelo envelhecimento da população ativa.



A subcontratação usada como uma estratégia para mudar a situação, como a observada nos hospitais pesquisados é praticada, segundo Heitlinger (2003), por alguns hospitais para flexibilização da força de trabalho de enfermagem (Taylorizing), ou seja, divisão das atividades de enfermagem em tarefas menores que podem ser realizadas por pessoal com menor formação ou experiência a salários mais baixos. Além disso, os AG relataram que, mesmo com todos os esforços investidos para enfrentar a alta taxa de rotatividade, existe uma preocupação constante com a qualidade do atendimento, sendo este um estressor para a prática do gerenciamento. Apesar de parecer lógico pensar que a alta rotatividade afeta a qualidade dos cuidados, ainda não está muito claro como isso acontece. (JONES; GATES, 2007). Dawson et al. (2014) chegaram aos mesmos resultados desta pesquisa ao afirmar que o alto nível de stress, sentimentos de impotência e falta de autonomia acontece entre enfermeiros em situação semelhante.

Consistente com nossos achados relacionado à prática de maior número de profissionais de enfermagem sem bacharelado é comentado por Aiken et al. (2014). Por ser esta uma prática que tem se tornado comum os autores pesquisaram o impacto negativo desta ação sobre a taxa de mortalidade de pacientes cirúrgicos, em locais que dão preferência à prestação da assistência realizada por profissionais de Enfermagem com formação de ensino médio no lugar de enfermeiros com formação em nível de bacharelado. Dados de 9 países europeus, incluindo hospitais dos Países Baixos são bastante significativos. Nos hospitais onde 60% dos enfermeiros tinham bacharelado a taxa de mortalidade foi quase 30% menor do que em hospitais onde apenas 30% dos profissionais possuíam a mesma educação.

Outro resultado da análise dos dados foi a influência das políticas públicas destinadas a mudar os sistemas de saúde sobre o trabalho em enfermagem. Estudos anteriores (Carney, 2006, 2007) apontaram os fatores externos como os com maior potencial para afetar as organizações de saúde. A autora ressalta a necessidade do enfermeiros gerentes levarem isso em conta como uma medida para ações internas. As diretrizes das políticas públicas e da gestão da qualidade total resultam no alto grau de formalização das organizações. Estas afetam e reduzem a previsibilidade das tarefas em ambientes caracterizados por tarefas imprevisíveis, como são os HE. Meirovich

et al. (2007) concluíram que, considerar a necessidade de benefícios de menor rigidez das regras é necessário para facilitar o ajustamento e peculiaridades de cada setor do hospital que em muitas situações não se encaixam em um padrão. Van Offenbeek e Knip (2004) afirmaram que em tal ambiente a comunicação entre os membros da equipe deve ser fluida, como as decisões descentralizadas para reduzir o tempo de resposta da equipe, bem como o uso de mecanismos de coordenação informais no lugar de supervisão direta e controle. (van OFFENBEEK; KNIP, 2004). Para Heitlinger (2003), padronizar as atividades de enfermagem em torno de tarefas mensuráveis também "falha consideravelmente com as necessidades específicas de cada paciente."

Finalmente, foi evidenciado que a maioria dos AGs não usam modelos gerenciais para apoiar as suas práticas. Em condições de esforços para alcançar altos padrões de qualidade a baixo custo, com constantes mudanças tecnológicas nas organizações e recursos humanos reduzidos. A melhoria da prestação de cuidados ocorre por mudanças nas práticas pela incorporação de modelos gerenciais. (THOMAS, 2009; LIDDY et al., 2013).

## 8 LIMITAÇÕES E FORÇAS DO ESTUDO

São consideradas limitações deste estudo a pesquisa documental restrita por falta de autorização para acesso a alguns documentos solicitados e a utilização da observação sistemática como técnica de coleta de dados para apreensão de dados que poderiam não estar disponíveis em outros meios. A amostra, totalizando 15 casos foi composta com a maioria dos hospitais de ensino em um estado do sul do Brasil; nos Países Baixos se restringiu a uma província e pode não representar a realidade dos hospitais de ensino em outras regiões ou países.

Um dos pontos fortes deste estudo foi o uso do Quadro Analítico elaborado com base na Teoria da Estrutura Organizacional de Henry Mintzberg. Apesar das diferenças nas configurações do pessoal de enfermagem, no sistema de saúde, nas questões econômicas, culturais e sociais existentes entre o Brasil e a Holanda foi possível identificar as características da estrutura dos serviços de enfermagem.

Em relação às estratégias utilizadas pelo alto gerente, estas se mostraram essenciais para a implementação do modelo de gestão requerido pelas políticas públicas e consecução dos objetivos dos hospitais de ensino na dimensão da assistência, ensino e pesquisa. Alguns hospitais de ensino no Brasil e na Holanda foram comparados com relação ao seu local de trabalho, além disso, é importante ressaltar que mudanças na característica da força de trabalho de Enfermagem não dependem apenas das estratégias dos enfermeiros, mas de questões relacionadas ao ambiente interno e externo como as políticas públicas de saúde, trabalhistas e de formação dos profissionais de Enfermagem.

## 9 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Os achados de que as organizações de enfermagem existentes em hospitais de ensino têm um alto grau de formalização e um alto ou baixo grau de descentralização faz uma série de contribuições para a gerência em enfermagem. Em primeiro lugar, com base neste estudo, um baixo grau de formalização não parece ser possível. Em segundo lugar, os resultados reforçam a importância de se caracterizar elementos estruturais e suas combinações para o serviço de enfermagem. Em terceiro lugar, eles enfatizam que a estrutura adotada deve ser coerente com as novas demandas institucionais e sistemas de saúde, e os tipos de tarefas que os enfermeiros nos hospitais de ensino devem desenvolver. Além disso, a configuração estrutural depende do alto gerente de enfermagem, o que coloca em discussão a importância do uso das teorias administrativas como base para escolhas mais adequadas. Em quarto lugar, eles apontam para a necessidade de uma revisão constante da organização do trabalho e ajustes no processo de cuidado para garantir que estes correspondam às necessidades dos pacientes. Como último ponto, ressalta-se as consequências disfuncionais do alto grau de formalização para prática assistencial que incluem a padronização do comportamento; a desmotivação devido à realização de tarefas repetitivas e a falta de autonomia; a resistência a mudanças; o elevado absenteísmo e *turnover*; a mecanização das ações dos profissionais com desrespeito as necessidades individuais de saúde dos pacientes. Neste sentido, a falta de formação dos profissionais e a operacionalização das ferramentas da Qualidade Total, como a padronização das atividades faz com que o alto gerente dê ênfase à formalização, o que provoca a centralização da estrutura, e colabora para evidenciar estas disfunções.

Outras contribuições para a prática gerencial estão relacionadas à compreensão de que; a adoção de estruturas mecanicistas pelos gerentes de Enfermagem em hospitais, em que os trabalhadores possuem poder informal, (devido à autonomia conferida pelo conhecimento técnico), implica na restrição do uso da criatividade para resolução de problemas; concorre para a fragilidade dos gerentes intermediários na eficácia da resposta em situações em que não há regras estabelecidas; na autoridade limitada na liderança do grupo de

enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; além na inibição à inovação. Por outro lado, é importante ressaltar que a estrutura descentralizada exige maior investimento de tempo em discussões sobre os problemas para resolução de forma consensual; habilidades relacionais na condução do trabalho em equipe de forma colaborativa; respeito às diferenças entre categorias profissionais; e confiança do gerente na equipe em relação à capacidade deles resolverem problemas.

Outros estudos precisam ser desenvolvidos, a fim de relacionar a estrutura adotada para organizar o complexo processo de cuidado e desempenho da estrutura de enfermagem em hospitais de ensino. Além disso, este tipo de pesquisa deve ser ampliado para verificar se os serviços de Enfermagem tem estrutura própria dentro de hospitais de ensino.

Observou-se também que as estratégias utilizadas para corrigir a falta de pessoal e as despesas relativas ao pessoal, a curto prazo prejudicam o futuro da profissão em enfermagem devido os profissionais não conseguirem desenvolver pesquisas. Outros tipos de estratégias mais adequadas devem ser adotadas, bem como uma relação mais integrada entre as universidades e hospitais de ensino na formação de profissionais de saúde e estudantes.

O acesso a documentos institucionais para fins de pesquisa deve ser maior em organizações que tem a pesquisa como uma de suas funções. Os hospitais e os gerentes de Enfermagem precisam criar mecanismos para estimular e gerenciar o desenvolvimento de pesquisas. Este estudo deve ser replicado em mais hospitais e possivelmente em outros países.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivos analisar a estrutura organizacional; explorar as dimensões estruturais descentralização e formalização; e identificar as estratégias utilizadas por gerentes de Enfermagem de serviços de enfermagem de hospitais de ensino. Concluiu-se, baseado na abordagem metodológica e no modelo teórico, que como resultado das complexas interações entre seus elementos constituintes, os serviços de enfermagem apresentam formas estruturais híbridas, sendo a presença de elementos estruturais conflitantes, uma realidade nos hospitais de ensino. As diferentes partes da estrutura exigem a diferenciação das funções e responsabilidades; e diferentes níveis de descentralização e formalização do processo de trabalho para ser eficaz.

Entende-se que a melhor estrutura é a que melhor se adapta à situação do serviço, ao tipo de atividades que precisam ser desenvolvidas, aos objetivos da organização. É aquela que, na operacionalização das regras e ações, considera o caráter mutável do ambiente em que estão inseridos os hospitais de ensino, principalmente devido as constantes mudanças nas políticas públicas, nas tecnologias para o cuidado e no perfil epidemiológico dos pacientes.

Apesar de forças internas e externas à organização do serviço, como as políticas públicas, os objetivos organizacionais, as características da força de trabalho, influenciarem o papel do alto gerente de enfermagem e direcionarem os serviços para determinadas configurações estruturais; os enfermeiros gerentes têm papel importante na escolha e definição de elementos estruturais que é baseado no estilo de liderança do gerente, e portanto podem determinar o tipo de estrutura organizacional do serviço e, conseqüentemente, impactar na capacidade do serviço de alcançar os objetivos organizacionais.

Embora exista diferença cultural, econômica, do sistema de saúde e da população entre Brasil e Holanda, não foram encontradas diferenças significativas no trabalho gerencial dos enfermeiros nos dois países, bem como nas estratégias utilizadas por eles na organização do trabalho. Mesmo que não tenha sido evidenciado nos serviços de enfermagem o uso de estratégias gerenciais que fossem além das exigidas pelas políticas públicas, como se

estas tivessem o potencial de atender a totalidade da assistência de Enfermagem que pela sua complexidade demanda outras formas e ferramentas de trabalho baseadas no corpo de conhecimento científico da profissão.

Desta forma, ressalta-se a importância do papel do enfermeiro gerente na consolidação das reformas de saúde e, no uso das habilidades gerenciais para influenciar a direção futura das organizações de saúde em que são participantes.

## REFERÊNCIAS

ACKOFF, R. **Redesigning the future**. New York: Willey, 1974.

AIKEN, L.H. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. **Lancet**, v.383, n.9931, p.1824-30, 2014. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8. Disponível em: [http://ac.els-cdn.com.proxy-ub.rug.nl/S0140673613626318/1-s2.0-S0140673613626318-main.pdf?\\_tid=d828eb12-825b-11e5-ab78-00000aab0f01&acdnat=1446576848\\_7bf44a302edcaa6a617b88088599c91d](http://ac.els-cdn.com.proxy-ub.rug.nl/S0140673613626318/1-s2.0-S0140673613626318-main.pdf?_tid=d828eb12-825b-11e5-ab78-00000aab0f01&acdnat=1446576848_7bf44a302edcaa6a617b88088599c91d) Acesso em 15/10/2015.

ALONSO, R.; DESSEIN, W.; MATOUSCHEK, N. When Does Coordination Require Centralization. **American Economic Review**, v.98, n.1, p.145-179, 2008. doi: 10.1257/aer.98.1.145. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/29729967>  
<http://www.jstor.org.proxy-ub.rug.nl/stable/pdf/29729967.pdf>. Acesso em 22/08/2015.

ANSOFF, H. I.; MCDONNELL, E. **Implanting strategic management**. New Jersey: Prentice-Hall, 1990.

ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. **Key Facts About Teaching Hospitals**. Washington, DC, 2009. Disponível em: <http://www.aha.org/research/reports/tw/twsept2009teaching.pdf>. Acesso em 14/03/2015.

BARATA L.R, MENDES J.D, BITTAR O.J. Hospitais de ensino e o sistema único de saúde. **Rev Adm Saúde**, v.12, n.46, p.7-14, 2010. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf> Acesso em 15/10/2015.

BAHADORI M. et al. Study of relationship between the organizational structure and market orientation from the viewpoint of nurse managers. **J Educ Health Promot.**, v.4, n.15, 2015. doi:10.4103/2277-9531.154026. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4389360/>. Acesso em 04/08/2015.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

BAERNHOLDT, M.; MARK, B.A. The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. **J Nurs Manag**, v.17, n.8, p.994-1001, 2009. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01027.x. PMID:19941573. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3607628/>. Acesso em 05/10/2015.

BASHIR, S. Impact of Decentralized Decision Making on Firm's Performance. **Arabian J Bus Manag**, v.5, n.135, 2015. doi:10.4172/2223-5833.1000135. Disponível em:



<http://www.omicsonline.com/open-access/impact-of-decentralized-decision-making-on-firms-performance-2223-5833-1000135.pdf>. Acesso em 29/10/2015.

BERGER, P.L. ; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 25<sup>o</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

BERNARDINO, E.; FELLI, V.E.A. Saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 16, n. 6, p. 1032-1037, 2008. doi: 10.1590/S0104-11692008000600015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000600015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03/04/2016.

BIRON, A.D.; RICHER, M.C.; EZER, H. A conceptual framework contributing to nursing administration and research. **J Nurs Manag**. v.15, n.2, p.188-96, 2007. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00661.x. PMID: 17352702. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy-ub.rug.nl/doi/10.1111/j.1365-2834.2007.00661.x/epdf>. Acesso em 04/09/2015.

BOSSCHER, N. The decentralisation and transformation of the Dutch youth care system. **Nederlands Jeugd instituut** [Internet], 2014. Disponível em: <http://nji.nl/nl/Decentralisation-Dutch-youth-care-system-update-june-2014.pdf>. Acesso em 03/11/2015.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Cadernos de Atenção Especializada, nº 3, Brasília, Ministério da Saúde; 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1000/MEC/MS**, de 25/04/2004. Certifica como Hospital de Ensino as Instituições hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde. 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1721** de 21/09/2004. Criação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1702/GM**, de 17/08/2004. Cria o Programa Hospitais de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº. 2.352**, de 26 de outubro de 2004. Regulamenta a alocação de recursos financeiros destinados ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação de Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.400**, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos

para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Disponível em: <

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm>>.

Acesso em 21/10/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. **Doutorado Sanduiche no Exterior- PDSE** [Internet]. Brasília: Ministério da Educação, 2014. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/bolsas/bolsas-no-externo>. Acesso em 10/10/2014.

BURTON, R. M.; DE SANDIS G.; OBEL, B. **Organization Design: a step by step approach**. UK: Cambridge, 2006.

BURTON, R.M; OBEL, B. (2013). Desig rules for dynamic organization design, the contribution of computacional modeling. In GRANDORI, A. (Ed.).

**Handbook of Economic Organization: Integrating Economic and Organization Theory** (p. 223). UK: Edward Elgar Publishing Limited.

Disponível em:

<https://books.google.nl/books?id=5qcPK0MuCXQC&pg=PA225&lpg=PA225&dq=tasks+uncertain+decentralization&source=bl&ots=rUwb6uAZMs&sig=9dK9F6TGP9JX5VJtRNwuUFHgJeg&hl=nl&sa=X&ved=0CHAQ6AEwCWoVChMI7KGnprj9xwIVydUaCh2pcQfX#v=onepage&q=tasks%20uncertain%20decentralization&f=false>. Acesso em 12/08/2015.

BURNS, T.; STALKER, G. **The Management of Innovation**, Tavistock, London, 1961. Disponível em: [http://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/27412\\_8.pdf](http://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/27412_8.pdf). Acesso em 15/09/2015.

CARNEY, M. Middle manager involvement in strategy development in not-for profit organizations: the director of nursing perspective – how organizational structure impacts on the role. **J Nurs Manag.**, v.12, p.13-21, 2004.

doi:10.1111/j.1365-2834.2004.00388.x/epdf. Disponível em:

CARNEY, M. Understanding organizational culture: the key to successful middle manager strategic involvement in health care delivery? **J Nurs Manag.**, v.14, n.1, p.23-33, 2006. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy-ub.rug.nl/doi/10.1111/j.1365-2934.2005.00592.x/epdf>. Acesso em 03/11/2015.

CARNEY, M. How commitment and involvement influence the development of strategic consensus in health care organizations organizations: the multidisciplinary approach. **J Nurs Manag.** v.15, n.6, p. 649-58, 2007.

Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy-ub.rug.nl/doi/10.1111/j.1365-2834.2007.00742.x/epdf>. Acesso em 03/11/2015.

CHANDLER, A. **Strategy and Structure: The History of the American Industrial Enterprise**. Cambridge, UK: MIT Press, 1962.

CHIORO DOS REIS, A.A.; CECILIO, L.C.O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Revista Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 88-97, 2009. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/file/saaudeemdebate81.pdf>. Acesso em: 30/10/2013.

CLIPPER, B. **Nurse Manager's Guide to an Intergenerational Workforce**. Indianapolis, IN, USA: Sigma Theta Tau International, 2012. Disponível em: [https://books.google.nl/books?id=XoUQU0sQ1egC&pg=PT1&lpg=PT1&dq=Nurse+Manager's+Guide+to+an+Intergenerational+Workforce&source=bl&ots=D1cF5kqWZa&sig=kAiZ78EOfnhrNb\\_E1ko1BctO0Bg&hl=nl&sa=X&ved=0CFQQ6AEwBmoVChMI\\_e-gu431yAIVxNkaCh36Pwkd#v=onepage&q=Nurse%20Manager's%20Guide%20to%20an%20Intergenerational%20Workforce&f=false](https://books.google.nl/books?id=XoUQU0sQ1egC&pg=PT1&lpg=PT1&dq=Nurse+Manager's+Guide+to+an+Intergenerational+Workforce&source=bl&ots=D1cF5kqWZa&sig=kAiZ78EOfnhrNb_E1ko1BctO0Bg&hl=nl&sa=X&ved=0CFQQ6AEwBmoVChMI_e-gu431yAIVxNkaCh36Pwkd#v=onepage&q=Nurse%20Manager's%20Guide%20to%20an%20Intergenerational%20Workforce&f=false). Acesso em 03/11/2015.

COLLINI, S.A.; GUIDROZ, A.M.; PEREZ, L.M. Turnover in health care: the mediating effects of employee engagement. **J Nurs Manag.**, v.23, p.169-178, 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy-ub.rug.nl/doi/10.1111/jonm.12109/epdf>. Acesso em 02/01/2016.

DAFT, R. **Organization Theory and Design**, 11<sup>a</sup> ed. Mason, OH: South-Western College Publishing, 2013. Disponível em: <https://www.cengagebrain.co.nz/content/9781285210797.pdf>. Acesso em 16/06/2015.

DAWSON, A.J. et al. Nursing churn and turnover in Australian hospitals: nurse perceptions and suggestions for supportive strategies. **BMC Nursing**, v. 13, n. 11, p. 1-10, 2014. doi: 10.1186/1472-6955-13-11. Disponível em: <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-13-11>. Acesso em 22/03/2016.

DEVILLÉ, W. **Health systems in transition: The Netherlands**. Netherlands institute for health services research, 2010. Disponível em: <https://www.nivel.nl/en/news/health-systems-in-transition-netherlands>. Acesso em 12/08/2015.

DEWAR, R.; WHETTEN, D.; BOJE, D. An Examination of the Reliability and Validity of the Aiken and Hage Scales of Centralization, Formalization, and Task Routineness. **Administrative Science Quarterly**, v.25, n.1, p.120-128, 1980. doi:10.2307/2392230. Disponível em: <http://www.jstor.org.proxy-ub.rug.nl/stable/pdf/2392230.pdf?acceptTC=true>. Acesso em 16/06/2015.

DINESH, K.N. **Structure of medium scale industries in Bhilai**. New Delhi: Northern Book Centre, 2003. Disponível em: [https://books.google.nl/books?id=wSCjS8F-I6YC&pg=PA59&lpg=PA59&dq=technostructure+authority+over+the+workers&source=bl&ots=X83m-Azc-a&sig=Q8UZ7vjycJGBfhoDLo3R0VABhJo&hl=nl&sa=X&ved=0CDkQ6AEwA2oVChMItc-rxpu\\_yAIVSjkUCh2QcglS#v=onepage&q=technostructure%20authority%20over%20the%20workers&f=false](https://books.google.nl/books?id=wSCjS8F-I6YC&pg=PA59&lpg=PA59&dq=technostructure+authority+over+the+workers&source=bl&ots=X83m-Azc-a&sig=Q8UZ7vjycJGBfhoDLo3R0VABhJo&hl=nl&sa=X&ved=0CDkQ6AEwA2oVChMItc-rxpu_yAIVSjkUCh2QcglS#v=onepage&q=technostructure%20authority%20over%20the%20workers&f=false). Acesso em 23/08/2015.

DONALDSON, L. **American anti-management theories of organization: A critique of paradigm proliferation**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1995. Disponível em: [https://books.google.nl/books?id=lpj19gnqSsAC&pg=PA215&lpg=PA215&dq=Donaldson+L.+American+ANTI%3DmANAGEMENT&source=bl&ots=UYwDfBylSe&sig=vr98E\\_UMxSWQxN06ulJWGAlh9y8&hl=nl&sa=X&ved=0CFoQ6AEwBm0VChMI1K37vKeeyAIVhH4aCh3gOwxm#v=onepage&q=Donaldson%20L.%20American%20ANTI%3DmANAGEMENT&f=false](https://books.google.nl/books?id=lpj19gnqSsAC&pg=PA215&lpg=PA215&dq=Donaldson+L.+American+ANTI%3DmANAGEMENT&source=bl&ots=UYwDfBylSe&sig=vr98E_UMxSWQxN06ulJWGAlh9y8&hl=nl&sa=X&ved=0CFoQ6AEwBm0VChMI1K37vKeeyAIVhH4aCh3gOwxm#v=onepage&q=Donaldson%20L.%20American%20ANTI%3DmANAGEMENT&f=false). Acesso em 23/08/2015.

DONALDSON, L. **The contingency theory of organizations**. Foundations for organizational science. United Kingdom: A Sage Publications Series, 2000. Disponível em: <https://books.google.nl/books?id=bbRhBAAAQBAJ&pg=PR4&dq=Donaldson,+2000.+The+Contingency+Theory+of+Organizations+books&hl=nl&sa=X&ved=0CCgQ6AEwAGoVChMIk4XU3aqeyAIVxkAaCh3B9QVn#v=onepage&q=Donaldson%20C%202000.%20The%20Contingency%20Theory%20of%20Organization%20books&f=false>

DONALDSON, L.; JOFFE, G. Fit - The Key to Organizational Design. **JOD**, v.3, n.3, p. 38-45, 2014. doi:<http://dx.doi.org/10.7146/jod.18424>. Disponível em: <http://www.jorgdesign.net/article/view/18424/17465>. Acesso em 06/05/2015.

DRUKER, P.F. New Templates for today's organizations. **Harvard Business Review**, v.52, n.1, p.45-53, 1974.

DUARTE, N.F.S. **Teoria de Mintzberg, Mintzberg e o desenho Organizacional**. Instituto Superior de Engenharia de Coimbra, Departamento de Engenharia Civil, Coimbra, 2006. Disponível em: [http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F66328%2Fmod\\_resource%2Fcontent%2F0%2FTeoria\\_de\\_Mintzberg.pdf](http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F66328%2Fmod_resource%2Fcontent%2F0%2FTeoria_de_Mintzberg.pdf). Acesso em 27/08/2014.

DUFFIELD, C. et al. The impact of hospital structure and restructuring on the nursing workforce. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v.24, n. 4, 2007.

EISENHARDT, K.M.; GRAEBNER, M.E.. Theory building from cases: opportunities and challenges. **Academy of Management Journal**, v.50, n.1, p.25-32, 2007. Disponível em: <https://aom.org/uploadedFiles/Publications/AMJ/Eisenhart.Graebner.2007.pdf>. Acesso em 28/04/2015.

FILKINS, J. **RN4CAST: Registered Nurse Forecast**, 2011. Disponível em: <http://endaeurope.com/DE/media/Dokumente%20aus%20dem%20Bereich%20Aktuelles/RN4CAST.doc%20Krakow.pdf>. Acesso em 15/08/2013.

FLODGREN, G. et al. Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. **Cochrane Database Syst Rev**, v.15, n.2, 2012. doi:10.1002/14651858. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22336783>. Acesso em 19/03/2015.

GALBRAITH, J.R. **Designing Complex Organizations**. Reading, MA: Addison-Wesley, 1973.

GANESH, S.; JOSEPH, J. Exploring perceived organisational formalisation and performance review system complexity as predictors of executive alienation in performance review systems. **IIMB Management Review**, v.23, n.4, p.197-207, 2011. doi:10.1016/j.iimb.2011.07.001. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com.proxyub.rug.nl/science/article/pii/S0970389611000760>. Acesso em 09/ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22336783> 10/2015.

GRESOV, C. Effects of Dependence and Tasks on Unit Design and Efficiency. **Organization Studies**, v.11, n.4, p.503-529, 1990. Disponível em: <http://oss.sagepub.com.proxy-ub.rug.nl/content/11/4/503.full.pdf.html>. Acesso em 25/11/2015.

HAGE, J.; AIKEN, M. Relationship of Centralization to Other Structural Properties. **Administrative Science Quarterly**, v.2, n.1, p.72-92, 1967. doi:<http://doi.org/10.2307/2391213>. Disponível em: <http://www.jstor.org.proxy-ub.rug.nl/stable/pdf/2391213.pdf?acceptTC=true>. Acesso em 04/09/2015.

HALL, R. H. **Organizações: estrutura e processos**. 3 ed. São Paulo: Prentice Hall, 1984.

HATCH, M. J.; CUNLIFFE, A. **Organization theory: modern, symbolic and postmodern perspectives**. New York: Oxford University Press, 2006.

HATCH, M. J.; CUNLIFFE, A. **Organization theory: modern, symbolic and postmodern perspectives**. 3ªed. New York: Oxford University Press, 2013.

HEITLINGER, A. The Paradoxical Impact of Health Care Restructuring in Canada on Nursing as a Profession. **International Journal of Health Services**, v.33, n.1, p. 37-54, 2003. doi: 10.2190/RMAY-NJA9-KFW7-1UEW. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/10852929>. Acesso em 06/09/2015.

HENDERSON, A. et al. Impact of engaging middle management in practice interventions on staff support and learning culture: a quasi-experimental design. **Journal of Nursing Management**, v.22, p.995–1004, 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy-ub.rug.nl/doi/10.1111/jonm.12090/epdf>. Acesso em 14/06/2015.

HESS, R. From Bedside to Boardroom – Nursing Shared Governance. **OJIN**, v. 9, n.1, 2004. Disponível em: [www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No1Jan04/FromBedsidetoBoardroom.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No1Jan04/FromBedsidetoBoardroom.aspx). Acesso em 01/11/2015.

IOM. Institute of Medicine. **The future of nursing: Leading change, advancing health**. Washington, DC: The National Academies Press, 2011.

ISOSAARI, U. Power in health care organizations. **Journal of Health Organization and Management**, v.25, n.4, p.385–399, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/14777261111155029>. Acesso em 06/02/2015.

JACOB E.R.; MCKENNA L.; D'AMORE A. The changing skill mix in nursing: considerations for and against different levels of nurse. **Journal of Nursing Management**, v.23, p.421–426, 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy-ub.rug.nl/doi/10.1111/jonm.12162/epdf>. Acesso em 13/01/2016.

JUSTIN J.P. et al. Exploratory Innovation, Exploitative Innovation, and Performance: Effects of Organizational Antecedents and Environmental Moderators. **Management Science**. v. 52, n.11, p.1661-1674, 2006. Disponível em: <http://www.jstor.org.proxy-ub.rug.nl/stable/pdf/20110640.pdf?acceptTC=true>. Acesso em 21/09/2015.

JONES, C.; GATES, M. The Costs and Benefits of Nurse Turnover: A Business Case for Nurse Retention. **OJIN**, v.12, n.3, 2007. doi: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man04. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NurseRetention.aspx>. Acesso em 05/10/2015.

KATZ, D; KHAN, R.L. **Psicologia social das organizações**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1973.

KIEFT, R.A.M.M. et al. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v.14, n.249, 2014. doi:10.1186/1472-6963-14-249. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/249>. Acesso em 28/06/2015.

KIM, K.; PARK, J.; PRESCOTT, J. The global integration of business functions: A study of multinational businesses in integrated global industries. **J Int Bus Stud**, v.34, n.4, p.327-344, 2003. doi:10.1057/palgrave.jibs.8400035. Disponível em: <http://www.jstor.org.proxy-ub.rug.nl/stable/pdf/3557178.pdf?acceptTC=true>. Acesso em 26/10/2015.

LASCHINGER, H.K.S. et al. A Profile of the Structure and Impact of Nursing Management in Canadian Hospitals. **Healthcare Quarterly**, v.11, n.2, p.85-94, 2008. doi:10.12927/hcq.2008.19596

LAWRENCE, P.R.; LORSCH, J.W. **Organization and environment: managing differentiation and integration**. Boston, MA: Harvard University Press, 1967.

LIDDY, C. et al. An overview of practice facilitation programs in Canada: current perspectives and future directions. **Healthc Policy**, v.8, n.3, p.58–67, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3999561/>. Acesso em 16/09/2015.

LIMA, S.M.L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **RAP**, v.30, n.5, p. 101-138, 1996. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8005/6756>. Acesso em 12/08/2015.

LIMA, S.M.L. **Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais**: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. Rio de Janeiro: s.n., 2009.

LIMA, S.M.L; RIVERA, F.J.U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.9, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900031> Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000900031&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900031&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26/08/2014.

LIANG, X. et al. Top Management Team Communication Networks, Environmental Uncertainty, and Organizational Performance: A Contingency View. **Journal of Managerial Issues**, v.22, n.4, p.436–455, 2010. Disponível em: <http://www.jstor.org.proxy-ub.rug.nl/stable/pdf/25822524.pdf>

LUO, B.N.; DONALDSEN, L. Misfits in Organization Design: Information Processing as a Compensatory Mechanism. **Journal of Organization Design**, v.2, n.1, p.2-10, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.7146/jod.7359>. Disponível em: <http://www.jorgdesign.net/article/view/7359/6689>. Acesso em 20/09/2015.

MCMURRAY, A.J; WILLIAMS, L. Factors impacting on nurse managers' ability to be innovative in a decentralized management structure. **J Nurs Manag**. v.12, n.5, p.348-53, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15315491>. Acesso 29/09/2015.

MAENHOUT, B.; VANHOUCHE, M. Analyzing the nursing organizational structure and process from a scheduling perspective. **Health Care Manag**

**Sci.** v.16, n.3, p.177-96, 2013. doi: 10.1007/s10729-013-9222-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23456371>. Acesso em 23/12/2015.

MAKHLOUFI, I. et al. Hospital organizational analysis based on the Mintzberg model: the case of Sheikh Zayed Hospital, Rabat. **Sante Publique.** v.24, n.6, p.573-85, 2012.

MEIJAARD, J.; BRAND, M.; MOSSELMAN, M. Organizational Structure and Performance in Dutch small Firms. **Small Bus Econ**, v.25, p.83-96, 2005. doi: 10.1007/s11187-005-4259-7. Disponível em: <http://www.ondernemerschap.nl/pdf-ez/n200420.pdf>. Acesso em 29/07/2015.

MEIROVICH, G. et al. Quality of hospital service: The impact of formalization and decentralization. **International J Health Care QA**, v. 20, n.3, p.240-252, 2007. Doi:10.1108/09526860710743372. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com.proxy-ub.rug.nl/doi/pdfplus/10.1108/09526860710743372>. Acesso em 06/08/2015.

MINTZBERG, H. **The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1979.

MINTZBERG H. **Organization design: fashion or fit?** Harvard Business Review, 1981. p. 103-116.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir.** Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.

\_\_\_\_\_. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações.** São Paulo: Atlas, 1995.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico.** Porto Alegre: Bookman, 2000.

MINTZBERG, H.; MCCARTHY, D.J.; MARKIDES, C. View from the Top: Henry Mintzberg on Strategy and Management [and Commentary]. **The Academy of Management Executive (1993-2005)**, v. 14, n. 3, p.31-42, 2000. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/4165656>. Acesso em 22/08/2015.

MINTZBERG H. **Estrutura e Dinâmica das Organizações.** Lisboa: Publicações Dom Quixote; 2010.

NFU. Nederlandse Federatie Van Universitair Medische Centra. **University Medical Centres and the Health System Reform in the Netherlands: a Position Paper.** Utrecht, The Netherlands: University Medical Centers in Netherlands, 2008. Disponível em: [http://www.nfu.nl/img/pdf/08.1132\\_University\\_Medical\\_Centres\\_in\\_the\\_Netherlands.pdf](http://www.nfu.nl/img/pdf/08.1132_University_Medical_Centres_in_the_Netherlands.pdf). Acesso em 14/08/2015.



NETO, B.A.B. Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino. In: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Assessoria de Hospitais e Ensino. **Hospitais e Ensino no Estado de São Paulo**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2007. p. 11-22.

OLSON, E.; SLATER, S.; HULT, G. The Performance Implications of Fit Among Business Strategy, Marketing Organization Structure, and Strategic Behavior. **Journal of Marketing**, v.69, n.3, p.49-65, 2005. Disponível em: <http://www.jstor.org.proxy-ub.rug.nl/stable/pdf/30162056.pdf?acceptTC=true>. Acesso em 26/10/2015.

OKMA, K.G.H.; MARMOR, T.R.; OBERLANDER, J. Managed Competition for Medicare? Sobering Lessons from the Netherlands. **N Engl J Med.**, n.365, p.287-289, 2011.doi: 10.1056/NEJMp1106090. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1106090>

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Health reform and the creation of the Sistema Único de Saúde: notes on contexts and authors. **His. Cienc. Saúde-Manguinhos** [Internet], v.21, n.12, p.15-36, 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. Acesso em 03/11/2015.

POLLITT, C. Management, Organizational Theory and Behaviour. In FERLIE, E., LYNN JR, L., POLLITT C. (Eds.), **The Oxford handbook of public management**. Oxford: Oxford Univ. Press., 2009. doi:10.1093/oxfordhb/9780199226443.001.0001. Disponível em: <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199226443.001.001/oxfordhb-9780199226443>. Acesso em 20/08/2015

REN, Y.; KIESLER, S.; FUSSELL, S. R. Multiple Group Coordination in Complex and Dynamic Task Environments: Interruptions, Coping Mechanisms, and Technology Recommendations. Doi: 10.2753/MIS0742-122250105. **Journal of Management Information Systems**, v.25, n.1, p.105-130, 2008. Disponível em: <https://www.cs.cmu.edu/~kiesler/publications/2010pdfs/RenKieslerFussell-JMIS-2008.pdf>. Acesso em 24/07/2015.

REZAEI R. et al. Relationship between organizational structure and creativity in teaching hospitals. **J Adv Med Educ Prof.**, v.2, n.3, p.131-134, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235543/>. Acesso em 13/11/2015.

RICHARDSON, H.A. et al. (2002), Does Decentralization Make a Difference for the Organization? **Journal of Management**, v. 28, p.217-244. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com.proxy-ub.rug.nl/science/article/pii/S0149206301001349>. Acesso em 09/10/2015.

SAINI, S. K., SINGH, C. Organisational structure and nursing service management of select Hospitals. **Nursing and Midwifery Research Journal**, v.4, n.3, 2008. Disponível em: <http://medind.nic.in/nad/t08/i3/nadt08i3p72.pdf>. Acesso em 12/06/2015.

SAHAY, Y. P.; GUPTA, M. Role of Organization Structure in Innovation in the Bulk-Drug Industry. **Indian Journal of Industrial Relations**, v.46, n.3, p. 450–464, 2011. Disponível em: <http://www.jstor.org.proxy-ub.rug.nl/stable/pdf/41149462.pdf?acceptTC=true>. Acesso em 26/10/2015.

SANCHES, V.F.; CHRISTOVAM, B. P.; SILVINO, Z.R. Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar - uma visão dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, v.10, n.2, p.214-220, 2006. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000200007>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200007&lng=en&nrm=iso). Acesso em 15/03/2016.

SANTOS S. R. **Administração aplicada à enfermagem**. 3. ed. João Pessoa: Idéia, 2007. p. 237.

SANTOS, I.S.; SANTOS, M.A.B.; BORGES, D.C.L. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 -prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]**, v.4, p.73-131, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.7476/9788581100159>. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 73-131. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf> Acesso em 03/09/2015,

SCHÄFER, W. et al. Health systems in Transition: The Netherlands Health system review. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. **Health Syst Transit.**, v.12, n.1, p.1-267, 2010. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/85391/E93667.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf). Acesso em 21/06/2015.

KARI, L.; SCHMIDT, M.S. Transformational Leaders Capitalizing on Opportunities. Editorial, 2015. **Journal for Nurses in Professional Development**. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/NND.0000000000000146>.

SENOT, C.; CHANDRASEKARAN, A.; WARD, P. Role of Bottom-Up Decision Processes in Improving the Quality of Health Care Delivery: A Contingency Perspective. **Prod Oper Manag**, v.25, n.3, p. 458-476, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/poms.12404>. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy-ub.rug.nl/doi/10.1111/poms.12404/epdf>. Acesso em 30/01/2016.

SHERMAN, R.; CHIANG-HANISKO, L.; KOSZALINSKI, R. The ageing nursing workforce: a global challenge. **J Nurs Manag.**, v.21, n.7, p.899-902, 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12188/pdf>. Acesso em 06/10/2015.

SILVA, P.R. **Teoria das Organizações e os Modelos Organizacionais**. Tese (Programa de Doutoramento de Évora) - Universidade de Évora, Évora, Portugal, 2005.

SIQUEIRA, I.L.C.P; PETROLINO, H.B.S; CONISHI, R. Gerenciamento do Serviço de Enfermagem. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 2-72.

SCHOONHOVEN, C.B. Problems with Contingency Theory: Testing Assumptions Hidden within the Language of Contingency "Theory". **Administrative Science Quarterly**, v.26, n.3, p. 349-377, 1981. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/2392512>. Disponível em: [http://www.jstor.org/stable/2392512?origin=crossref&seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/2392512?origin=crossref&seq=1#page_scan_tab_contents). Acesso em 12/08/2015.

SPAGNOL, C. A. (Re)thinking nursing management based on Collective Health concepts. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.1, p.119-127, 2005.

SPAGNOL C. A.; FERNANDES M. S. Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. **Rev Gaúcha Enferm**, v.25, n.2, p.157-64, 2004.

THOMAS, P. Case Management Delivery Models. The Impact of Indirect Care Givers on Organizational Outcomes. **J Nurs Adm.** v.39, n.1, p. 30-37, 2009. doi: 10.1097/NNA.0b013e31818fe7c6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19104285>. Acesso 03/11/2015

THOMPSON, P.; MCHUGH, D. Work organizations: A critical approach. 4<sup>a</sup> ed. New York: Palgrave Macmillan, 2009. Disponível em: [https://books.google.nl/books?id=8BcdBQAAQBAJ&pg=PA38&lpg=PA38&dq=concentration+of+authority+in+the+technostructure&source=bl&ots=yXYFjwsGy7&sig=1O0b0xyNy9ph2VsJyGFr5ssmaVQ&hl=nl&sa=X&ved=0CEMQ6AEwBWovChMI7-mD-ly\\_yAIVhu0UCh1dbg7X#v=onepage&q=concentration%20of%20authority%20in%20the%20technostructure&f=true](https://books.google.nl/books?id=8BcdBQAAQBAJ&pg=PA38&lpg=PA38&dq=concentration+of+authority+in+the+technostructure&source=bl&ots=yXYFjwsGy7&sig=1O0b0xyNy9ph2VsJyGFr5ssmaVQ&hl=nl&sa=X&ved=0CEMQ6AEwBWovChMI7-mD-ly_yAIVhu0UCh1dbg7X#v=onepage&q=concentration%20of%20authority%20in%20the%20technostructure&f=true). Acesso em 14/05/2015.

VAN OFFENBEEK, M.; KNIP, M. The organizational and performance effects of nurse practitioner roles. **J Adv Nurs**, v.47, n.6, p.672-681, 2004. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03156.x. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy-ub.rug.nl/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03156.x/full>. Acesso em 12/07/2015.

VAN DE VEN, W.P.; SCHUT, F.T. Universal Mandatory Health Insurance In The Netherlands: A Model For The United States? **Health Aff**, v.27, n.3, p.771-81, 2008. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.771. Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/content/27/3/771.full.pdf+html?sid=896109a0-76d5-43e5-abc2-cf18c8a63f3c> . Acesso em 03/11/2015.

VERSCHUEREN, M.; KIPS, J.; EUWEMA, M. A review on leadership of head nurses and patient safety and quality of care. **Adv Health Care Manag.**, v.14,

p.3-34, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1108/S1474-8231\(2013\)0000014006](http://dx.doi.org/10.1108/S1474-8231(2013)0000014006). Acesso em 27/10/2015.

VIITANEN, E. et al. First-line nurse managers in university hospitals – captives to their own professional culture? **J Nurs Manag.** v.15, n.1, p. 114-22, 2007. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00656. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy-ub.rug.nl/doi/10.1111/j.1365-2934.2006.00656.x/epdf>. Acesso em 04/09/2015.

WANG, S.; LIU, Y. Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling. **J Nurs Manag.** v.23, n.3, p.287-96, 2015. doi: 10.1111/jonm.12124. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy-ub.rug.nl/doi/10.1111/jonm.12124/epdf> Acesso em 06/10/2015.

WITZEL, M. **Henry Mintzberg.** Oxford Handbooks Online: Oxford University Press, 2013. Disponível em: <<http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199585762.001.0001/oxfordhb-9780199585762-e-21>>. Acesso em: 22/08/2015.

WONG, C.A. et al. Examining the relationships between span of control and manager job and unit performance outcomes. **J Nurs Manag.** v.23,n.2, 156–168, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23826762>

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

\_\_\_\_\_. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2010.

\_\_\_\_\_. **Case Study Research: Design and Methods,** 5<sup>a</sup> ed. Los Angeles: Sage Publications; 2014.

## ANEXOS

### ANEXO 1- PARECER COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DE DIRETORES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS DE ENSINO NO PARANÁ

**Pesquisador:** Nayara Mizuno Tironi

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 21728613.0.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 786.142

**Data da Relatoria:** 10/09/2014

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho proveniente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, tendo como pesquisadoras Nayara Mizuno Tironi, Elizabete Araujo Eduardo e Prof. Elizabeth Bernardino.

##### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:** Aprender as atribuições e competências dos diretores de enfermagem de hospitais de ensino no estado do Paraná.

**Específicos:** Caracterizar os enfermeiros que exercem o cargo de diretor de enfermagem nos hospitais de ensino; caracterizar o cargo de diretor de enfermagem na instituição; descrever as atribuições relativas ao cargo; apreender as competências necessárias para o cargo; identificar como foram adquiridas as competências necessárias para o cargo e analisar a estrutura dos serviços de enfermagem de hospitais de ensino do Paraná, tendo como referencial para a análise a tipologia de estrutura organizacional elaborada por Mintzberg.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, a pesquisa não prevê riscos físicos, mas é possível que os participantes sintam algum desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento durante a entrevista. Com isto, os pesquisadores asseguram que o caráter anônimo da instituição e dos participantes

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 786.142

será mantido, que suas identidades serão protegidas de terceiros e as entrevistas não identificarão pelo nome do participante, mas por um código. Além disso, o participante poderá entrar em contato, a qualquer momento, com os pesquisadores solicitando a exclusão da sua participação no estudo; consequentemente sua entrevista será destruída. Com os resultados desta pesquisa espera-se demonstrar quais as atribuições e competências são necessárias para o exercício do cargo máximo na enfermagem dentro das instituições hospitalares de ensino, uma vez que contemplam as dimensões de saúde, ensino, gestão, ciência e tecnologia, a fim de contribuir, através da gerência, com a assistência prestada aos usuários da rede SUS, ao ensino e as pesquisas na área da saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

As pesquisadoras solicitaram uma emenda ao projeto. Por esta emenda, incluiu-se a pesquisadora Elizabete Araujo Eduardo no estudo, mais um objetivo foi inserido, assim como mais quatro instituições co-participantes (Hospital Universitário do Oeste do PR, Hospital Universitário de Londrina, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba). Também houve alteração no TCLE, onde foi incluído o nome da nova pesquisadora e do novo objetivo do estudo, assim como o tempo aproximado para responder ao questionário foi modificado para 60 minutos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Para incluir a pesquisadora Elizabete Araujo Eduardo, foram inseridos novo Termo de Confidencialidade, Declaração de Uso Específico de Dados Coletados e Termo de Utilização de Dados. As declarações das seguintes instituições co-participantes foram anexadas: Hospital Pequeno Príncipe, Hospital Universitário de Maringá, Hospital do Trabalhador, Hospital de Clínicas da UFPR, Hospital Evangélico, Hospital da Cruz Vermelha de Curitiba, Hospital Cajuru, Hospital Angelina Caron, Hospital Universitário do Oeste do PR, Hospital Universitário de Londrina, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa. A pesquisadora esclarece que a carta de co-participação do Hospital Cajuru autoriza também a pesquisa no Hospital Santa Casa de Curitiba, pois possuem o mesmo Comitê de Ética.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todos os documentos foram adaptados e corrigidos para as modificações solicitadas na emenda. Somente a segunda carta de co-participação do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa não foi anexada. Por esse motivo, o protocolo, embora aprovado, permanecerá pendente

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7250

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 786.142

até que esta segunda concordância seja anexada na Plataforma Brasil.

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A Emenda solicitada ao Projeto está aprovado para sua execução, porém continuará na situação pendente no sistema PB, até que seja anexada a declaração do coparticipante modelo CONEP, onde o mesmo concorda com o parecer deste CEP/SD.

- O pesquisador deverá imprimir este Parecer e entregar ao responsável pela Instituição Co Participante, para que após a leitura possa assinar a declaração modelo 15 do esqueleto

CURITIBA, 10 de Setembro de 2014

---

Assinado por:  
IDA CRISTINA GUBERT  
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

## APÊNDICE

### APÊNDICE 1a- MATRIZ DE CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FORMAL DO SERVIÇO ENFERMAGEM

<b>Matriz de caracterização com foco na Estrutura formal geral do serviço de enfermagem (MSF)</b> Fonte: Pesquisa documental e entrevista	
<b>Informações gerais</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tipo de hospital</li> <li>2. Maior cargo/Profissão</li> <li>3. Fundado</li> <li>4. Última certificação como HE</li> </ol>
<b>Porte do hospital</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. N° de total de leitos</li> <li>2. Capacidade instalada em leitos de Terapia Intensiva (tipos de UTI- Pediátrica, Neonatal, Adulto )</li> <li>3. Serviços/Centros de Alta complexidade ambulatorial e internação (Assistência Cardiovascular, tratamento das Lesões Lábio Palatais e Implante Coclear, Neurocirurgia, Traumato-Ortopedia, Tratamento Cirúrgico da Epilepsia, Assistência a Queimados, Oncologia, Cirurgia Bariátrica e Transplantes)</li> <li>4. Serviço de urgência/emergência ((1) Serviço de Pronto Atendimento nas 24 horas do dia com equipe presente, pelo menos, de urgências em pediatria e clínica médica, ou equipe da especialidade(s) oferecida no caso de hospitais especializados, ou (2) de Serviço de Urgência e Emergência com atendimento nas 24 horas do dia, com equipe presente, de urgências e emergências em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e anestesia, todos disponíveis para o SUS, ou ainda (3) a existência de Serviço de Urgência e Emergência cadastrado)</li> </ol>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Atendimento a gestante de risco</li> <li>6. N° de salas cirúrgicas</li> </ol>
<b>Recursos humanos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. N° de funcionários</li> <li>2. Percentual de enfermagem</li> </ol>
<b>Natureza do hospital</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qual a natureza jurídica e administrativa da organização?(pública ou privada; pertence a IES ou é conveniada; com estrutura de gestão constituída por fundações de apoio e/ou organizações sociais)</li> <li>2. Qual o vínculo da organização com a Universidade?</li> </ol>
<b>Estrutura organizacional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desenho da estrutura formal</li> </ol>
<b>Alterações na estrutura</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A estrutura organizacional sofreu alguma mudança nos últimos 5 anos?</li> </ol>
<b>Estrutura organizacional do serviço de enfermagem</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Descrição dos cargos, carga horária de cada cargo, formação para cada cargo</li> </ol>
<b>Divisão do trabalho</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Divisão técnica (atividades por cargo, por unidades, assessorias, conselhos, gerências?)</li> <li>2. Como o trabalho é organizado? Tem uma orientação geral? Os profissionais têm possibilidades de realizar atividades que não as rotineiras com objetivo de estimular o aperfeiçoamento em outras áreas? (liberdade de decidir, as decisões são colegiadas, incorporação de novos projetos...)</li> </ol>	
<b>Autoridade</b>	

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autonomia gerencial. Existe autonomia para o trabalho?</li> <li>2. Existem espaços deliberativos?</li> <li>3. De que forma como as decisões são realizadas? Existem registros (atas, relatórios) de como são tomadas as decisões?</li> <li>4. Como são distribuídos os cargos?</li> </ol>	
<b>Mecanismos de coordenação</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O serviço dispõe de regulamentos, procedimento operacional padrão (POP), fluxos?</li> <li>2. Quantos profissionais tem o serviço de enfermagem?</li> <li>3. Existem especialistas (enfermeiros) que não estão na linha hierárquica, mas padronizam as atividades? (por exemplos enfermeiros no CCIH; enfermeiros que dão assessoria para o desenvolvimento de programas/projetos de educação continuada e permanente; enfermeiros que dão assessoria financeira, etc).</li> <li>4. Existem comissões ou assessorias ligadas ao serviço de enfermagem ou não, para dar suporte ao serviço de enfermagem?</li> <li>5. É possível identificar os mecanismos de coordenação? (esta pergunta é para os pesquisadores)</li> </ol>	
<b>Matriz de caracterização com foco na Estrutura formal do serviço de enfermagem</b> Fonte: Pesquisa documental e entrevista	
<b>Informações gerais</b>	1. Nome do maior cargo
<b>Especialização da tarefa</b> Na especialização da tarefa, os indivíduos desempenham atividades que podem ter especialização horizontal, ou seja, para ser produtivo a mesma atividade é repetida constantemente pelo trabalhador (MINTZBERG, 1995)	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe alguma sistematização para o atendimento integral do paciente?</li> <li>2. Como são divididas as atividades para a equipe de enfermagem? (os funcionários repetem as mesmas atividades rotineiramente?)</li> </ol>	

<b>Formalização do comportamento</b>
1. Como é a adesão enfermagem aos regulamentos, normas, fluxos?
<b>Treinamento</b>
1. São realizados treinamentos com a equipe? Qual a frequência? Existem programa de educação continuada e permanente regular?

## APÊNDICE 1b- MATRIZ DE CARACTERIZAÇÃO RELACIONADA À FUNÇÃO DA ORGANIZAÇÃO COMO HOSPITAL DE ENSINO

<b>Matriz de caracterização com foco nas funções do HE (MSE)</b> Fonte: Pesquisa documental e entrevista	
<b>Gerência</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe alguma condição/pré-requisito para ocupar o cargo de gerente?</li> <li>2. Quais são os níveis gerenciais que existem no serviço e quais os critérios de escolha para os cargos?</li> <li>3. Existe algum mecanismo de valorização profissional com vistas ao desenvolvimento de lideranças?</li> <li>4. Como o serviço de enfermagem se organiza para participar dos conselhos e/ou dos colegiados do hospital?</li> <li>5. O serviço de enfermagem compõe as comissões assessoras obrigatórias? (Comissão de Documentação Médica e Estatística; Comissão de Ética; Comissão de Ética em Pesquisa, própria ou da IES à qual o hospital for vinculado; Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal (para hospitais que possuam maternidade; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; Comissão de Óbitos; Comissão de Revisão de Prontuários; Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos (para hospitais que possuam Unidades de Tratamento Intensivo); Comitê Transfusional; Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional).</li> <li>6. O serviço de enfermagem participa das discussões no hospital para elaboração de metas e indicadores institucionais?</li> <li>7. Como o serviço de enfermagem se organiza para atender as metas e indicadores de gestão hospitalar adotados pela instituição?</li> <li>8. Quais indicadores e metas são gerenciados pelo serviço de enfermagem?</li> <li>9. Existe incentivo financeiro para a equipe de enfermagem para o alcance de metas institucionais?</li> <li>10. De que forma o serviço de enfermagem se organiza em relação ao orçamento anual do hospital? No orçamento</li> </ol>

	<p>institucional está especificado o custo das unidades que estão sob sua responsabilidade?</p> <p>11. Qual a relação do Serviço de Enfermagem com a Universidade?</p>
<b>Assistência</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O trabalho de enfermagem tem como base o atendimento integral e em equipe multiprofissional?</li> <li>2. Como o serviço de enfermagem se organiza para agilizar o processo de desospitalização? (Home care, hospital/dia, ambulatório pós-operatório cirúrgico)</li> <li>3. Como são capacitados os enfermeiros para atuarem em uma organização que presta serviço de alta complexidade? Como eles são direcionados para o serviço? Por competências? Que relação tem este preparo com a Universidade?</li> <li>4. Como a enfermagem tem colaborado para o avanço tecnológico no desenvolvimento de técnicas e procedimentos para o cuidado?</li> <li>5. Qual o impacto da incorporação tecnológica no processo de trabalho do enfermeiro?</li> <li>6. O serviço participa do processo de seleção, aquisição de equipamentos, medicamentos, insumos, procedimentos, etc.</li> </ol>
<b>Ensino</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O hospital tem programa de residência em enfermagem? De que forma o serviço de enfermagem participa do desenvolvimento deste programa?</li> <li>2. O hospital desenvolve ou desenvolveu algum programa de especialização em serviço? Qual foi o envolvimento do serviço de enfermagem com este programa?</li> <li>3. O hospital possui escola técnica de enfermagem? O serviço de enfermagem contribui com as atividades da escola?</li> <li>4. Quais profissões utilizam o hospital como campo de estágio? Como o serviço de enfermagem coopera para esta atribuição do hospital?</li> <li>5. Dentro do serviço de enfermagem existe algum mecanismo que contribui para o gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa no hospital?</li> </ol>

	6. Como o serviço de enfermagem se articula com a universidade na questão do ensino?
<b>Pesquisa</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. O serviço participa da elaboração de projeto institucional para o desenvolvimento de atividades de pesquisa no hospital?</li><li>2. Na relação das pesquisas concluídas e das publicações nos últimos dois anos, qual o percentual de produção da equipe de enfermagem?</li><li>3. Como o serviço de enfermagem se articula com a academia nas pesquisas?</li><li>4. O serviço de enfermagem participa de pesquisas clínicas?</li><li>5. Existe incentivo para a equipe de enfermagem para a realização de pesquisa?</li></ol>

## APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Nós, Nayara Mizuno Tironi, Elizabete Araujo Eduardo e Elizabeth Bernardino, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você a participar de um estudo intitulado “**Atribuições e competências de diretores de enfermagem de hospitais de ensino no Paraná**”. É através das pesquisas que ocorrem avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

1. Os objetivos desta pesquisa são: (1) caracterizar os enfermeiros que exercem o cargo de diretor de enfermagem; caracteriza o cargo de diretor de enfermagem na instituição; descrever as atribuições e competências relativas ao cargo e identificar como foram adquiridas as competências; (2) analisar a estrutura organizacional do serviço de enfermagem de hospitais de ensino do Paraná; caracterizar a estrutura organizacional do serviço de enfermagem de hospitais de ensino do Paraná; identificar como o serviço de enfermagem se organiza para atender as funções dos hospitais de ensino relacionadas à dimensão gerencial, de assistência, ensino e pesquisa em saúde.
2. Caso você participe da pesquisa, será necessária a realização de uma entrevista com questões abertas sobre suas atribuições, competências e estrutura organizacional do serviço de enfermagem. A sua entrevista será audiogravada e, o local de realização da entrevista será o seu ambiente de trabalho com horário de sua preferência, sendo necessário um tempo aproximado de 60 minutos. Os pesquisadores se comprometem a utilizar o áudio somente para contribuir com a construção do corpo de trabalho através das informações que possam contribuir para o mesmo.
3. É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento de ser entrevistado. Porém, as informações obtidas através da entrevista serão destinadas somente e exclusivamente para essa pesquisa. Não serão mencionados nomes de pessoas ou algo que identifique alguma pessoa ou situação ferindo o anonimato ou causando constrangimento.
4. Os benefícios esperados com essa pesquisa são: trazer um estudo sobre as atribuições e competências de diretores de enfermagem de hospitais de ensino no Paraná, fortalecer a identidade dos enfermeiros nesta área de trabalho; caracterizar o serviço de enfermagem em relação à sua estrutura e contribuições para as funções do hospital como hospital de ensino, contribuir com a visibilidade do trabalho da enfermagem e para o avanço científico da enfermagem no país.
5. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo: Mestranda Nayara Mizuno Tironi, Doutoranda Elizabete Araujo Eduardo e Prof. Dra. Elizabeth Bernardino, poderão ser contatados pelos respectivos endereços eletrônicos: nayara.mizuno@gmail.com (telefones: (44) 3223-4164 / (41) 9788-7478), beteokale@yahoo.com.br (telefones: (41) 98882669, elizaber@ufpr.br (telefone: (41) 8873-5514) ou endereço: Av. Pref. Lothário Meissner, 632 – 3º andar das 14:00 às 17:00h.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_- _____ Pesquisador Responsável _____
---

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
 Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240-Tel  
 (41)3360-7259-e-mail:cometica.saude@ufpr.br

Todas poderão ser contatados para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Por serem as responsáveis pela pesquisa, poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito da sua participação.

6. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
7. As informações relacionadas ao estudo terão garantido o sigilo, sendo conhecidas apenas por pessoas autorizadas: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino, Doutoranda Elizabete Araujo Eduardo e a Mestranda Nayara Mizuno Tironi. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.
8. As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
9. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
 (Assinatura do participante de pesquisa)  
 Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Rubricas:  
 Participante da Pesquisa e /ou responsável legal\_-  
 \_\_\_\_\_  
 Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE)

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
 Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240-Tel  
 (41)3360-7259-e-mail:cometica.saude@ufpr.br



APÊNDICE 3 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 1B

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
<p><b>AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO</b> (parte chave)</p>
<p>A Adhocracia administrativa funciona com grupo de projetos (composta pelo vértice estratégico, linha hierárquica e pessoal de apoio), que trabalha em função da organização (serve a si mesma), e separa o componente administrativo (estruturada como uma Adhocracia) do centro operacional (estruturada como uma Burocracia profissional). Destacam-se nesta estrutura duas partes chaves: a linha hierárquica e o centro operacional</p>
<p><b>Tecnoestrutura</b></p> <p>Enfermeira de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Educação Permanente (ligada ao Recursos Humanos); Enfermeira da Medicina do Trabalho</p> <p>Tecnoestrutura não elaborada, própria da Adhocracia administrativa em que não há tanta necessidade do uso da standardização para coordenar as atividades, por isso tem pouca necessidade da tecnoestrutura para desenvolver os sistemas de regulação</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>(Os enfermeiros coordenadores se reúnem com gerentes do pessoal de apoio pessoal para desenvolver projetos. Como por exemplo. (a) Aumento do atendimento a pacientes críticos, definição de estrutura para novos fluxos de entrada e saída de paciente e adequação de fluxos já estabelecidos, recursos humanos; (b) Incorporação tecnológica; (c) Grupo de Planejamento Estratégico trabalha para analisar as áreas de investimento do SUS relacionado à medicação, equipamento, e novos investimentos em pesquisa. Aumentamos as diárias dos pacientes clínicos para se adequar e oferecer os serviços para o SUS. Um grupo de profissionais analisa que tipo de pesquisas serão priorizadas no SUS).</p> <p>Reunião para definição da organização interna para atender necessidades do mercado. Os quadros hierárquicos trabalham de forma integrada nos grupos de projetos, e são responsáveis pela coordenação do grupo.</p> <p>Trabalham em grupo de projetos.</p> <p>Foco nas mudanças do ambiente externo, própria da Adhocracia administrativa: Utiliza os analistas (coordenadores, pessoal de apoio) para a adaptação ao ambiente externo. Formulação e execução da estratégia</p>

### **Poder formal centralizado; direção da autoridade**

(Vejo o que está acontecendo com os convênios, participo de negociação com os convênios (...), a câmara técnica do SUS, que eu sou representante do hospital, participar do projeto da implantação do Núcleo Interno de Regularização de Leitos, porque o hospital é 60% SUS; tem as habilitações que o SUS que temos que estar por dentro).

(temos um projeto de aumentar a UTI, o enfermeiro da UTI e a coordenadora do Pronto Atendimento, a gente fez uma reunião com o Diretor Técnico, com o Chefe da UTI 1, Chefe da UTI 2, com a Chefe da Fisioterapia, da Hotelaria, trocamos nossas ideias (...) listamos o que todo mundo precisa para a planta, por exemplo que espaço a Hotelaria precisa, onde colocar o expurgo, e o lixo. O Coordenador da Enfermagem precisa do espaço dos leitos com saída pra hemodiálise, a coordenadora do PA precisa saber como que vai funcionar, porque a gente vai usar o espaço do PA enquanto a UTI está em reforma, como que vai ser. Então a gente, nessa reunião decide, e depois eu e os coordenadores, a gente decide quem dos funcionários vai sair dessa UTI e vai pra lá, para integrar os novos com os antigos (...) a questão dos equipamentos também, e a aprovação para os novos equipamentos, então a gente tem uma lista que a gente faz orçamentos para equipamentos ... cada enfermeiro dá a sua opinião, o fisioterapeuta dá sua opinião e o chefe dos médicos etc, por exemplo, decidimos qual respirador vai comprar, que marca, que modelo, qual a finalidade.

A adhocracia administrativa tende a concentrar a sua atenção sob um número menor de projetos envolvendo efetivos mais importantes em relações interdependentes. Assume a forma de um sistema de constelações de trabalho e que a posição de cada uma delas depende dos tipos de decisões funcionais que cada uma é obrigada a tomar.

Adhocracia administrativa: dado a importância para assegurar a ligação com o ambiente externo.

G1, G2 e G3 com pessoal de apoio e especialistas se reúnem para desenvolver projetos com gerentes do pessoal de apoio. Ex.: (a) Aumento do atendimento a pacientes críticos, definição de estrutura para novos fluxos de entrada e saída de paciente e adequação de fluxos já estabelecidos, recursos humanos; (b) Incorporação tecnológica; (c) Grupo de Planejamento Estratégico trabalha para analisar as áreas de investimento do SUS relacionado à medicação, equipamento, aumento de diárias de pacientes clínicos para adequar o hospital e oferecer os serviços para o SUS

A Adhocracia administrativa utiliza os analistas para a adaptação ao ambiente externo. Reunião para definição organização interna para atender necessidades do mercado. Os quadros hierárquicos trabalham de forma integrada nos grupos de projetos, e tem responsabilidade especial de coordenação

### **Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades**

O centro operacional é composto por: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem e auxiliar administrativo

Burocracia profissional: Formado por trabalhadores qualificados para a função. Com formação externa ao hospital

O PRINCIPAL MECANISMO DE COORDENAÇÃO

<p><b>Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores</b></p> <p>Os trabalhadores recebem orientação do que precisa ser feito e os trabalhadores se organizam para realizar as atividades</p> <p>Discussão dos projetos entre trabalhadores da linha hierárquica diferentes, sem participação do centro operacional</p> <p>Adhocracia administrativa: Dada relativa importância ao ajustamento mútuo, mas não é algo espontâneo, são criados grupos de trabalho</p>
<p><b>Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa</b></p> <p>Não há ênfase na supervisão direta</p>
<p><b>O resultado do trabalho é especificado</b></p> <p>Não há ênfase no resultado</p>
<p><b>As habilidades para o trabalho é especificado</b></p> <p>Foco no conhecimento técnico adquirido pela formação e acumulado pela experiência na organização e na habilidade voltada para o atendimento da missão da instituição, na humanização do cuidado e do cuidador- paciente como foco das ações e trabalhador com ambiente familiar para execução do trabalho</p> <p>Burocracia profissional: estandardização das qualificações</p>
<p><b>O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas</b></p> <p>Uso de procedimentos operacionais padrão, fluxos e treinamentos voltados para os POPS</p> <p>Burocracia profissional: formalização do comportamento</p>
<p>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS</p>
<p><b>Organograma</b></p> <p>Não há organograma esquematizado. O G1 (diretora) está ligado a Presidência, seguido de (01) G2 (supervisor de enfermagem) e (05) G3 (coordenador) gerenciam as áreas – UTI, Centro Cirúrgico e Central de Material, Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Ambulatório</p>
<p><b>Características da comunicação</b></p> <p>A informação circula de forma informal</p>
<p><b>Características do posto de trabalho</b></p>

<p>Especialização vertical; horizontal</p> <p>Padronização assistência por meio do Procedimento Operacional Padrão (POP), Normas e Rotinas, Fluxos, Regimentos e treinamentos formais nos NR32</p> <p>Burocracia profissional: formalização do comportamento do centro operacional</p> <p>As atividades são divididas de acordo com a especialidade (habilidade) de cada enfermeiro, no sentido vertical e horizontal, respeitando suas habilidades.</p> <p>Burocracia profissional: divisão do trabalho menos intensa, especializada tanto na dimensão vertical como na horizontal.</p>
<p>TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS</p>
<p>Planejamento e controle; mecanismos de ligação</p> <p>O G1 realiza planejamento estratégico alinhado as metas da contratualização e ações relacionadas aos objetivos do hospital:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planejamento de implantação de serviço (estrutura e pessoal qualificado) em conjunto com pessoal de apoio para controle do alcance dos objetivos da organização;</li> <li>2. Elaboração de documentos e fluxos para adequações da organização a rede SUS;</li> <li>3. Planejamento relacionado à gestão de pessoas: contratação e elaboração de plano de cargos e salários, reuniões com corpo clínico e outras áreas para resolução de conflitos e adequação do processo de trabalho</li> <li>4. Monitoramento do atingimento das metas pactuadas</li> </ol> <p>O vértice exerce função de controle: nos prazos e desenvolvimento de ações para atingimento de metas</p> <p>Os G1, G2 e G3 participam das comissões obrigatórias estabelecidas pela contratualização. Não há no organograma enfermeiros gerentes de ligação</p> <p>Burocracia profissional: Uso de mecanismos de ligação além dos exigidos pelas políticas públicas.</p>
<p>DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO</p>

### Descentralização vertical; horizontal

Vertical – Os G2 e G3 participam das reuniões com G1 e auxiliam na resolução dos problemas

Assume a forma de um sistema de constelações de trabalho em que a posição de cada uma delas depende dos tipos de decisões funcionais que cada uma é obrigada a tomar. Cada constelação vai agregando gestores hierárquicos e especialistas funcionais à medida que depende da expertise deles para as decisões. Ocorre então a descentralização seletiva tanto na dimensão horizontal (não acontece com os técnicos e auxiliares de enfermagem) como na vertical à medida que é concedido poder a estes profissionais.

Reuniões decisórias:

G1 e G2 e G3

G1 e G3 e enfermeiros

G3 e enfermeiro

Enfermeiro e técnico, auxiliar e atendente de enfermagem; G1 e enfermeiro e técnico de enfermagem

Descentralização seletiva tanto na dimensão vertical à medida que é concedido poder aos profissionais, porém este poder é partilhado de forma limitada com os operacionais.

Burocracia profissional – descentralização horizontal limitada

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora

## APÊNDICE 4 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 2B

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO (parte chave)
Devido à especificidade desta organização o centro operacional é constituído por profissionais, característica da burocracia profissional, o que coloca esta parte da organização em posição de destaque em relação às demais. Contudo a tecnoestrutura se apresenta elaborada, característica da burocracia mecanicista, o que indica também a importância, deste elemento para a organização.
<p><b>Tecnoestrutura</b></p> <p>Enfermeira de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Epidemiologia; Ensino e Pesquisa; Escritório da Qualidade</p> <p>(Nós e o pessoal do escritório da qualidade estamos desenhando um programa para os funcionários para ter uma pontuação a unidade que se sobressair recebe um incentivo) (estamos revendo os POP's, depois de cada revisão os enfermeiros realizam os treinamentos)</p> <p>Burocracia mecanicista: O trabalho é feito com foco nos operacionais; existem 04 enfermeiros na tecnoestrutura em contrapartida para 05 enfermeiros da linha hierárquica o que em termos proporcionais parecem constituir unidades menores ao nível da hierarquia em relação à unidade da tecnoestrutura. A tecnoestrutura planeja, programa, padroniza as ações dos operacionais.</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>Linha hierárquica elaborada, sinal de estrutura burocrática. Poder centrado no cargo e não na função.</p> <p>Burocracia mecanicista: A orientação é que os gerentes intermediários acompanhem as atividades dos trabalhadores, auxiliem, ensinem, estejam atentos às necessidades da equipe: realizem ajustes para que a estrutura funcione melhor. Facilitar e servir de apoio a disseminação do fluxo vertical da informação que acontece no sentido descendente.</p>

### **Poder formal centralizado; direção da autoridade**

Composto pelo G1 e a Secretária

(só eu participo das discussões estratégicas do hospital, os meus enfermeiros não)

Burocracia mecanicista: Poder formal. O dimensionamento de pessoal é um problema que atinge toda a organização então é tratado no vértice estratégico.

(Quando os coordenadores estão conversando sobre um problema eu pergunto: o que está acontecendo mesmo? Eu quero saber tudo o que está acontecendo)

Burocracia mecanicista: Interferência na linha hierárquica para coordenar as atividades com supervisão direta sobre o trabalho, ênfase no controle nas ações, pouca descentralização do poder

(Nós discutimos os POPs, os coordenadores desenham e revisam os POPs, e fazem os relatórios; e depois nós realizamos treinamento com a equipe)

Burocracia mecanicista: Poder informal, o conhecimento é um conjunto que representa cada parte dos gerentes intermediários. Neste nível se discute como serão realizadas as atividades.

Na discussão e implantação de novos projetos os supervisores de enfermagem discutem com outros supervisores, os próprios gerentes ou podem incluir outros supervisores ou mesmo a direção da unidade

A ênfase é na organização interna do trabalho

### **Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades**

O centro operacional é composto por enfermeiro assistencial, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, secretária de enfermagem

O centro operacional é composto por profissionais qualificados, as atividades são standardizadas. Embora as atividades sejam rotineiras, repetitivas, exigem profissionais qualificados, por isso não é uma estrutura puramente mecanicista. Apesar das rotinas não é um trabalho estável, pois depende da mobilização do conhecimento do profissional, ou melhor do seu julgamento diante de situações que podem parecer semelhantes, mas não o são, cada paciente é um indivíduo.

Burocracia profissional: O ambiente é dinâmico, mas a maioria das contingências já foram vivenciadas (a não ser que seja profissional recém-formados mesmo assim já existe um padrão de comportamento esperado) antes mesmo que teoricamente, porque as situações podem ser de natureza crítica e envolver riscos, as equipes são ensinadas para poder responder de forma rápida e eficiente, assim os procedimentos são formalizados

O PRINCIPAL MECANISMO DE COORDENAÇÃO

<p><b>Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores</b></p> <p>Não há evidências que isso aconteça</p>
<p><b>Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa</b></p> <p>Acompanhamento dos processos pelo G1, G2 e G3</p>
<p><b>O resultado do trabalho é especificado</b></p> <p>Não há evidências que isso aconteça</p>
<p><b>As habilidades para o trabalho é especificado</b></p> <p>O conhecimento técnico adquirido na formação e a experiência em outra organização são utilizados no processo da contratação, mas não são os critérios que tem mais peso</p>
<p><b>O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas</b></p> <p>Uso de procedimentos operacionais padrões; treinamento e acompanhamento das atividades</p> <p>Existe um esforço para padronizar o processo de trabalho, para o alcance das metas de qualificação da assistência e atendimento das necessidades do paciente do ponto de vista técnico e humano</p> <p>Burocracia mecanicista e/ou profissional: Formalização do comportamento. Estrutura realiza ações para estandardizar os processos de trabalho devido a missão de alcançar qualidade na prestação do cuidado. O conteúdo do trabalho é especificado ou programado. Mintzberg (2010) usa como exemplo o manual que descreve como montar determinado objeto que contém todos os passos</p>
<p><b>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS</b></p>



**Organograma**

O G1 está ligado ao Diretor Administrativo, os G2 respondem pela Coordenação de Unidades Críticas (UTI, Centro Cirúrgico, PS) e Coordenação de Unidades Não-críticas (Ambulatório, Centro Integrado da Mulher, Unidades de Internação, Centro Cirúrgico II); Coordenação Noturna. Estão ligados à Gerência de Enfermagem: as coordenações, o Serviço Social; o RX; Comitê de Ética; Unidades; Nefrologia

As informações e decisões seguem um fluxo regulado para cima e para baixo na linha hierárquica

Burocracia mecanicista: privilegia a hierarquia e a cadeia de autoridade

**Características da comunicação**

(Eu passo para os coordenadores, eles passam para os enfermeiros que passam para o resto da equipe)

Preferência pela comunicação formal

**CARACTERÍSTICAS DO POSTO DE TRABALHO****Especialização vertical; horizontal**

Uso de Procedimentos Operacionais Padrão, Rotinas e/ou treinamentos continuados, para formalizar o comportamento dos profissionais

As ações dos trabalhadores são condicionadas por um código de ética que é também disciplinar, além dos esforços institucionais de formalizar os comportamentos, característica de estrutura mecanicista

O profissional é alocado de acordo com suas habilidades, não há um programa de rodízio institucional, o trabalho é rotinizado e especializado vertical e horizontalmente

Burocracia mecanicista: Existe uma diferenciação grande em quem planeja, organiza, decide sobre quem executa

**TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS**

### Planejamento e controle; mecanismos de ligação

Elaboração do Planejamento:

- Estratégico alinhado ao da organização;
- Confecção de relatórios para implantação de Programas do SUS devido o perfil assistencial da organização; Monitoramento do custo das unidades dos centros de custos com análise crítica;
- da estrutura física de novas unidades e acompanhamento da execução do projeto de construção;
- de incorporação tecnológica na assistência custo/benefício de novos equipamentos/materiais
- Dimensionamento de pessoal.
- acompanhamento dos indicadores de internação e desenvolvimento de mecanismos de controle de material, de medicamento, de horas-extra, mas não dos profissionais

(Para você abrir um cargo de enfermeiro 8 horas você precisa dispensar 2 de 6 horas, e você tem um enfermeiro preparado para desempenhar esta função?)

Existe uma economia de custos, de recursos humanos e materiais, característica de estrutura burocrática

Burocracia mecanicista: O planejamento é realizado pelo vértice estratégico e a linha hierárquica é responsável na implantação deste

(As mudanças precisam ser discutidas antes; é preciso monitorar o que está sendo feito; o coordenador circula em todas as unidades e me trazem tudo; assim eu consigo saber do que está acontecendo no hospital inteiro aí eu já sei se tem um problema lá, eles passam de manhã em todas as unidades eles falam com todos os enfermeiros e enates de ir embora eles passam em todas as unidades de novo)

(Os coordenadores têm autonomia total, mas se ele implanta uma nova rotina tudo bem, mas aí eu pergunto, qual o impacto desta rotina no PS? Qual o impacto desta rotina no CC? Você pensou nisso? Não porque isso é importante)

(Tem que controlar o tempo da equipe)

Burocracia mecanicista: obsessão pelo controle e planejamento, mensuração para melhoria do desempenho

Não há no organograma enfermeiros gerentes de ligação.

Uso de mecanismos de ligação, porém com limites

DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO

**Descentralização vertical; horizontal**

Os G2 e G3 participam das reuniões com G1 para elaboração do planejamento estratégico de médio e longo prazo do serviço e discussão outras questões do serviço. O G2\* avalia o desempenho da equipe, contribui na resolução dos problemas. Tem autonomia para implantação de novas rotinas. O G2\* acompanha o trabalho de todas as unidades sobre sua coordenação

G2 delega liderança da equipe para os G3 a gerência do cuidado e a liderança da equipe, são incentivados a trazerem soluções para os problemas

Burocracia profissional, descentralização limitada

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora

## APÊNDICE 5 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 3B

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO (parte chave)
<p>A estrutura apresenta uma sede constituída pelo vértice estratégico, pela tecnoestrutura (com enfermeiros que também desempenham funções logísticas) responsável pela concepção e funcionamento do sistema de controle de desempenho e pelo pessoal de apoio. Após o vértice encontram-se as 13 divisões, que em seu vértice estratégico se situam os gerentes e supervisores das unidades gerenciais, o que indica que a linha hierárquica é a parte importante da organização. Por fim o centro operacional, formado por profissionais qualificados, característica da Burocracia profissional. Portanto destacam-se duas partes chaves nesta estrutura a linha hierárquica e o centro operacional</p>
<p><b>Tecnoestrutura</b></p> <p>Enfermeira de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Enfermeiro da Epidemiologia, Enfermeiro do Faturamento, Enfermeiro do Financeiro, Enfermeiro da Gestão da Qualidade, Enfermeira da Unidade de Abastecimento, Enfermeira do Ambulatório de Funcionários</p> <p>Estrutura divisionalizada: É formada por enfermeiros que exercem função de apoio logístico para o funcionamento das divisões e são responsáveis pela concepção e funcionamento do sistema de controle de desempenho</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>G2 e G3. São enfermeiros que são gerentes de unidades, ligados à Diretoria Assistencial- Unidade Clínica, Unidade de Urgência e Emergência Adulto, Unidade de Neurologia e Psiquiatria e 13 enfermeiras supervisoras de cada unidade funcional</p> <p>(Discussões e reuniões sistemáticas com os enfermeiros responsáveis pelas unidades gerenciais) (supervisora é o elo com demais membros da equipe daquela gerência) (supervisoras de Enfermagem levam demandas de necessidades de treinamento para discussão e definição na comissão) (as metas e indicadores são estabelecidos em reuniões entre as gerências das unidades e as direções e a partir disso são criadas as ações específicas para seu alcance) (Construção do planejamento estratégico do hospital com participação dos gerentes e diretores das unidades com criação de projetos) (Novos projetos são sempre desenvolvidos em grupos de trabalho dentro das unidades e depois discutidos no departamento)</p> <p>Estrutura divisionalizada São 13 divisões (14 segundo a análise documental) cujo vértice estratégico é composto pelos gerentes e supervisores. <b>Autonomia das divisões:</b> O planejamento estratégico das unidades gerenciais é voltado para as necessidades das unidades, novos projetos são discutidos dentro das unidades e validados no colegiado interno da unidade. Se o projeto assume proporções maiores pode envolver a necessidade de discussão com outras unidades, pode também acontecer a discussão de supervisor de uma unidade com outra ou de gerente de uma unidade com outro gerente.</p>

### **Poder formal centralizado; direção da autoridade**

G1, Assessoria de Enfermagem; Colegiado Assessor técnico da Direção de Enfermagem (formado pelas 13 supervisoras de Enfermagem das Unidades Gerenciais, Representante da Assessoria da Gestão da Qualidade e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar); Secretária de Enfermagem; Comissão de Educação Permanente; Comissão de Cuidados com a Pele; Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem

(Vínculo com a Universidade; participação das assessorias e das comissões obrigatórias da contratualização; coordenação das ações de Enfermagem de acordo com o planejamento estratégico da organização, da diretoria de assistência e das unidades gerenciais; integrar as atividades de ensino, pesquisa e extensão com a diretoria de ensino, pesquisa e extensão; zelar pelo cumprimento da conduta ética bem como das boas práticas de Enfermagem; dimensionar o quadro de Enfermagem e prover o suprimento de profissionais nas unidades de trabalho, assumir a responsabilidade técnica; representar do serviço junto às autoridades; garantir a Sistematização da Enfermagem; implantar e gerenciar as comissões sob sua responsabilidade; acompanhar o desenvolvimento técnico e profissional das equipes de enfermagem promovendo desenvolvimento profissional; relocação de funcionários; programação de capacitação; participação em reuniões decisórias no conselho administrativo e conselho gestor com diretores; nomeação dos supervisores de Enfermagem das unidades gerenciais)

Estrutura divisionalizada: posição como sede administrativa das unidades gerenciais. Faz-se a determinação da estratégia em conjunto com diretoria assistencial numa perspectiva de conjunto; assegura-se o planejamento estratégico. Presença na sua composição de especialistas funcionais. Identificação, formação e socialização do conhecimento dos supervisores das divisões e gerentes das unidades; gerenciamento do pessoal

### **Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades**

O centro operacional é composto por: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem

(Relocação de funcionários; importante déficit de pessoal de x profissionais de Enfermagem do quadro de funcionários) (esquema de rodizio) (mais de 60% do quadro de profissionais tem mais que 40 anos de idade e muitos anos de trabalho na organização, o que dificulta a realização de propostas inovadoras, as unidades decidem de forma colegiada)

Burocracia profissional: Formado por trabalhadores qualificados para a função; pouco vinculo do trabalhador com a organização. Trabalho nas unidades gerenciais de forma colegiada

### **O PRINCIPAL MECANISMO DE COORDENAÇÃO**

#### **Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores**

Incentivo ao ajustamento mútuo pela formação de grupos de trabalho e comitês permanentes

#### **Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa**

Ocorre como complemento do mecanismo principal

<p><b>O resultado do trabalho é especificado</b></p> <p>Ênfase nos resultados alcançados pelas unidades funcionais</p> <p>Estrutura divisionalizada: formalização e socialização do comportamento dos gerentes, supervisores das unidades e membros do centro operacional para controle de desempenho</p>
<p><b>As habilidades para o trabalho é especificado</b></p> <p>Atualização do conhecimento técnico-científico</p>
<p><b>O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas</b></p> <p>Uso de procedimentos operacionais padrão, normas, resoluções, encontros científicos mensais, cursos longos e rápidos como estratégia para alcance de resultados</p>
<p><b>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS</b></p>
<p><b>Organograma</b></p> <p>G1 Responde a Direção Geral  G2 Supervisor de Unidade  G3 Supervisor de Enfermagem</p> <p>Existem também enfermeiros que são gerentes de unidades, ligados à Diretoria Assistencial- Unidade Clínica, Unidade de Urgência e Emergência Adulto, Unidade de Neurologia e Psiquiatria  A Unidade Gerencial é composta: por 1 administrador, 1 supervisor de Enfermagem e 1 supervisor médico</p>
<p><b>Características da comunicação</b></p> <p>A informação circula de forma informal</p>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DO POSTO DE TRABALHO</b></p>

<p><b>Especialização vertical; horizontal</b></p> <p>Padronização da assistência por meio de Normas e Rotinas, Resoluções e treinamentos formais, Fluxos e Procedimentos Operacionais Padrão</p> <p>Estrutura divisionalizada: formalização e socialização do comportamento dos gerentes, supervisores das unidades e membros do centro operacional para controle de desempenho</p> <p>As atividades são divididas de acordo com a especialidade (habilidade) de cada enfermeiro, no sentido vertical e horizontal, respeitando suas habilidades.</p> <p>Burocracia profissional: divisão do trabalho menos intensa, especializada tanto na dimensão vertical como na horizontal</p>
<p>TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS</p>
<p><b>Planejamento e controle; mecanismos de ligação</b></p> <p>O G1 realiza planejamento estratégico alinhado as metas da contratualização e ações relacionadas aos objetivos do hospital realizado em conjunto com os gerentes, diretorias e trabalhadores do centro operacional, sendo que cada unidade funcional (divisão) elabora as metas que o Plano de trabalho para atingimento das metas desenhadas</p> <p>Controle pelo vértice estratégico do desempenho (alcance dos resultados)</p> <p>Uso de mecanismos de ligação como os comitês obrigatórios, porém não há enfermeiros de ligação ou evidência de estrutura matricial</p>
<p>DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO</p>
<p><b>Descentralização vertical; horizontal</b></p> <p>G3 participa do colegiado com G1</p> <p>(Construção do planejamento estratégico do hospital com participação dos gerentes e diretores das unidades com criação de projetos (30), sendo o ajuste dos processos internos da SAE o específico do vértice estratégico) (novos projetos são sempre desenvolvidos em grupos de trabalho)</p> <p>Reuniões semanais com enfermeiros das unidades assistenciais e participação nos colegiados de forma sistemática</p> <p>(O regulamento do serviço foi construído em grupo de trabalho e apresentado para todas as unidades para sugestões perguntas, etc)</p> <p>Burocracia profissional: Participação nos colegiados dentro das unidades gerenciais. Uso de elementos para democratização</p>

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora

## APÊNDICE 6 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 4B

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO (parte chave)
Devido à especificidade desta organização o centro operacional é constituído por profissionais, característica da burocracia profissional, o que coloca esta parte da organização em posição de destaque em relação às demais. Contudo a tecnoestrutura se apresenta elaborada, característica da burocracia mecanicista, o que indica a importância, também deste elemento para a organização.
<p><b>Tecnoestrutura</b></p> <p>Enfermeira do SESMT; Auditoria de Enfermagem; Enfermeira do Ambulatório; Enfermeira da CCIH; Auditoria de Processos. O serviço conta com consultoria externa do Hospital Albert Einstein e contrata assessores dependendo da situação, é citado na entrevista também um Centro de Vacinas</p> <p>Burocracia profissional: Elaboração de normas, rotinas e programa de atividades para o centro operacional. A padronização, análise, realização dos protocolos/avaliação da assistência não é feita somente na tecnoestrutura, mas envolve o vértice estratégico, a linha hierárquica e o centro operacional.</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>Realizado pelo G1, G2, G3, G4 e G5</p> <p>(Devem manter contato com os enfermeiros, técnicos e auxiliares; manter a equipe satisfeita para que eles estejam motivados para realizar o trabalho) (treinar a equipe nos POPs e supervisionar para o alcance dos resultados isso é fundamental) (elas podem definir entre elas sobre pessoal e recursos, mas é na direção e Enfg que é feito o planejamento e o dimensionamento de pessoal) (os coordenadores devem ter experiência na área de atuação)</p> <p>Burocracia mecanicista: Foco nos resultados; manter controle de como os funcionários trabalham.</p> <p>Burocracia profissional: Apoio na qualificação dos profissionais</p>



### **Poder formal centralizado; direção da autoridade**

Composto por G1, G2 e Secretária

(Eu tenho responsabilidade técnica, mas divido com algumas enfermeiras das especialidades. Participo das reuniões com as diretorias e proponho ações a nível institucional, proposta de mudanças de equipamentos de processos, represento a enfermagem nos órgãos externos, faço planejamento geral e os específicos de cada setor, eu presido e organizo as reuniões; minha função é visão geral com foco na enfermagem) (reuniões com os coordenadores para que haja integração com outros setores) (conversamos com os coordenadores e eles com a equipe a gente vê nos resultados) (represento a organização em eventos, órgãos do governo, etc) (sou responsável pela organização de todo o serviço de Enfermagem) (negocio com diversos profissionais) (eu não sou uma controladora de tudo como ser humanos eu não consigo estar ao mesmo tempo em vários lugares) (quando se começa a fazer tudo está descrito, o protocolo, o fluxo)

Burocracia mecanicista: Detenção do poder; definição da estratégia (depois de definido a implementação é feita pela linha hierárquica); perspectiva abrangente do todo. Tem uma visão do todo e detém o poder de decisão formal e informal; tudo está descrito.

Burocracia profissional: Função do dirigente na burocracia profissional de tampão fica entre o ambiente externo e o interno da organização, se espera que ele proteja a autonomia dos profissionais, mas também mantenha um contato e negocie com agencias exteriores; fazer reuniões com outros profissionais para negociar e trazer soluções são atividades do vértice estratégico

### **Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades**

O centro operacional é composto por: enfermeiro *trainee*, técnico e auxiliar de enfermagem

(A gente encontra funcionários que querem um emprego, mas não compromisso com a instituição, muitos estão insatisfeitos) (existe grande rotatividade dos funcionários) (dificuldade de adaptação de funcionários no setor) (não se muda funcionário de setor) (trabalho de convencimento para que haja comprometimento do trabalhador com o processo de trabalho e treinamento constante)

Burocracia mecanicista: Características da estrutura que podem não ser coerente com a missão de um sistema social e por isso o descontentamento. Existe um esforço para padronizar as ações e os procedimentos dos trabalhadores. Distinção entre os operacionais e os funcionais. Devem acatar regras e regulamentos. Os profissionais não são remanejados, especialização da tarefa em que os profissionais executam sempre a mesma tarefa, ligada a um determinado posto de trabalho, não há ênfase na troca de equipe.

Burocracia profissional, em que as tarefas são simples, rotineiras e especializadas, mas exigem qualificação mais aprimorada do que na estrutura mecanicista, pode-se dizer isso baseado na formação nas diretrizes para formação dos enfermeiros e na Lei do exercício profissional. A falta de comprometimento com a organização, os profissionais se identificam mais com a profissão do que com a organização onde as pratica.

O PRINCIPAL MECANISMO DE COORDENAÇÃO

<p><b>Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores</b></p> <p>Não há evidências de que isso acontece</p>
<p><b>Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa</b></p> <p>Acontece mas não há ênfase</p> <p>(A gente supervisiona, mas não fica encima e não é para ficar o tempo todo) (fazemos um acompanhamento)</p> <p>Burocracia profissional: Não existe necessidade de supervisão direta dos profissionais</p>
<p><b>O resultado do trabalho é especificado</b></p> <p>Busca por bons resultados</p> <p>Porém com ênfase na padronização dos processos</p>
<p><b>As habilidades para o trabalho é especificado</b></p> <p>(Pela seleção também habilidade, conhecimento das pessoas, experiência, enfermeiros que vieram de outros serviços que já tinham cargos) (aqueles que têm uma formação um pouco fraca a gente acompanha)</p> <p>Foco no conhecimento técnico adquirido pela formação e acumulado pela experiência fora da organização. Isto é característica da burocracia profissional em que a formação dos profissionais é longa, a aquisição ou internalização das normas da profissão se dá no campo prático. Porém os profissionais são regulados pelo código de ética da profissão e são coordenados pela competência</p>
<p><b>O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas</b></p> <p>Uso de procedimentos operacionais padrão, treinamento e normas</p> <p>Burocracia profissional: Treinamento; orientação; investimento em curso para padronizar</p> <p>Burocracia mecanicista: trabalho de convencimento para que haja comprometimento do trabalhador com o processo de trabalho-Formalização do comportamento</p>
<p><b>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS</b></p>

### Organograma

G1 01 está ligado ao Diretor Cooperativo

G2 01 Vice-Diretoria de Enfermagem

G3 05 Coordenadores de Unidades Críticas (UTIN, UTI Córdio, UTI Cirúrgica, UTI Geral, Hematologia/TMO); Unidades Cirúrgicas (Centro Cirúrgico, Central de Esterilização, Hemodinâmica, Endoscopia); Internação SUS (Pediatria I, Pediatria II, Cirúrgica, Ortopedia, Nefrologia, Cardiologia, Hospital Dia/SUS); Internação Convênios (Posto 400, Posto 450A, Posto 450B, Posto 500, Posto 550, Posto 258, Neurologia); Emergência/SADT (Emergência SUS, Emergência Convênios, Hemodiálise, Amb. Hemoto/Onco, SADT)

G4 02 Enfermeira administrativa – nas UTIs

G5 05 Enfermeira assistencial– Unidades críticas, Unidades Cirúrgicas, Internação SUS, Internação Convênios, Emergência/SADT

### Características da comunicação

A comunicação é formalizada, respeitando um fluxo descendente

Burocracia mecanicista

### CARACTERÍSTICAS DO POSTO DE TRABALHO

#### Especialização vertical; horizontal

Padronização da assistência por meio do Procedimento Operacional Padrão e protocolos; treinamentos formais; regulamentos

A formalização do trabalho acontece nas duas burocracias. A diferença é que na profissional a socialização acontece no momento de formação do profissional, antes dele pertencer à organização

As atividades são divididas de acordo com a especialidade (habilidade) de cada enfermeiro, no sentido vertical e horizontal, respeitando suas habilidades.

A divisão do trabalho é:

Burocracia profissional: menos intensa, especializada tanto na dimensão vertical como na horizontal.

Burocracia mecanicista:

Especialização - cada trabalhador executa sempre a mesma tarefa, ligada a um determinado posto de trabalho, não há mudanças de setores.

Separação entre as funções de controle (concepção, decisão, planejamento, avaliação, acompanhamento, organização e das funções de execução- “quem faz, não controla, ou avalia os resultados, não concebe, não decide, não planeja, não programa, não organiza, não coordena

**TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS****Planejamento e controle; mecanismos de ligação**

O G1 realiza planejamento estratégico alinhado aos objetivos da organização (adequações para processo de certificação); planejamento focado nas necessidades dos setores; planejamento e controle das atividades educativas; monitoramento do alcance das metas por meio dos indicadores baseados no gerenciamento de riscos.

(Controle para manter os profissionais alinhados com a visão e missão da instituição) (os funcionários precisam seguir normas e regras, o treinamento é importante quanto mais se consegue criar comprometimento melhor o resultado) (o desafio é manter os funcionários comprometidos) (eu não posso ser a controladora de tudo, mas as pessoas esperam isso)

Burocracia mecanicista: Controle sobre as ações dos funcionários

Não há no organograma enfermeiros gerentes de ligação

Comitês permanentes e não matricial, a linha hierárquica é bem definida com clara definição das unidades de comando

Burocracia mecanicista

**DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO**

**Descentralização vertical; horizontal**

O G1 divide responsabilidade técnica com os G4; reunião geral de cunho informativo ou deliberativo; os G3\* fazem reuniões deliberativas com G4\* e G5\*

(Os coordenadores podem resolver seus problemas) (participação de enfermeiros e coordenadores nas comissões)

Burocracia profissional: Uso de mecanismos de ligação como os comitês

(As rodas de conversas nos setores são trazidas as demandas até o grupo de trabalho de Humanização, para junto com a Direção de Enfermagem discutirem mensalmente as dificuldades, sugestões de melhorias)

(Os coordenadores se reúnem com os enfermeiros e discutem problemas da unidade, como por exemplo, modificação de modelos como o de passagem de plantão estas questões são definidas em espaços mais abaixo)

Burocracia profissional: Descentralização limitada

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora

APÊNDICE 7 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 5B

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
<p><b>AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO</b> (parte chave)</p>
<p>Devido à especificidade desta organização o centro operacional é constituído por profissionais, característica da burocracia profissional, o que coloca esta parte da organização em posição de destaque em relação às demais. Contudo a tecnoestrutura se apresenta elaborada, característica da burocracia mecanicista, o que indica a importância, também deste elemento para a organização.</p>
<p><b>Tecnoestrutura</b></p> <p>Enfermeira do Transplante, Enfermeira Auditor, Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Enfermeira do Ambulatório</p> <p>(elas organizam o trabalho)</p> <p>Burocracia mecanicista: Planejam e organizam o trabalho dos operacionais</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>Realizado pelo G2 e G3</p> <p>(temos os supervisores que servem de apoio entre a coordenação e o enfermeiro assistencial devido às unidades serem muito grandes) (capacitação para atuação, definição de decisões não estratégicas com o grupo)</p> <p>Burocracia mecanicista: Tem a responsabilidade de regular os problemas que surgem entre os operacionais; servem de ligação entre os operacionais e a linha de autoridade; treinam os operacionais para que eles incorporem as normas, rotinas, protocolos</p>
<p><b>Poder formal centralizado; direção da autoridade</b></p> <p>Composto pelo G1 e Secretária</p> <p>(Faço o recrutamento) (gerenciamento da assistência como um todo) (controle de custos das unidades, dos materiais, do paciente internado, do leito vazio, faturamento, quanto o hospital recebeu de dinheiro, compras, tudo isso passa por mim) (ser solicitada para resolver situações) (dimensionamento de pessoal e gestão de pessoas) (eu é que decido compras, aquisição de equipamentos, quem vai ocupar cada lugar no serviço)</p> <p>Burocracia mecanicista: local de elaboração e a execução da estratégia, onde se localiza o poder de decisão em uma perspectiva de conjunto. O administrador desta configuração passa parte do seu trabalho resolvendo problemas. .</p>

<p><b>Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades</b></p> <p>O centro operacional é composto por: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e auxiliar de serviços gerais</p> <p>Burocracia profissional</p>
<p>O PRINCIPAL MECANISMO DE COORDENAÇÃO</p>
<p><b>Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores</b></p> <p>Não há evidências que isso aconteça</p>
<p><b>Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa</b></p> <p>Realizada pelo G1 G2 G3 como complemento</p>
<p><b>O resultado do trabalho é especificado</b></p> <p>Não há evidências que isso aconteça</p>
<p><b>As habilidades para o trabalho é especificado</b></p> <p>Formação e Maturidade profissional, experiência fora da organização</p> <p>(Formação, experiências anteriores profissionais e pessoais, comportamento que se espera do profissional da área)</p> <p>Burocracia profissional: baseia-se na formação do profissional para o desempenho da função</p>
<p><b>O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas</b></p> <p>Treinamento, rotinas, regulamentos e POP's, orientação e acompanhamento na prática</p> <p>(As UTIS têm o mesmo padrão de trabalho, a mesmas rotinas o mesmo perfil, número de funcionário, equipamentos [...] uma estrutura padronizada) (tem que usar várias estratégias senão a gente não consegue padronizar o comportamento)</p> <p>Burocracia mecanicista: Forte Formalização do trabalho</p>
<p>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS</p>

## Organograma

Organograma sofreu alterações nos últimos 5 anos, foi incluído coordenadores (2013) e recentemente supervisores (2014)

G1 está ligado a Diretoria Geral

G2 Coordenador de Enfermagem – Cuidados intensivos, Unidades de internação, Cuidados cirúrgicos, Cuidados de emergência, Serviço de Hemodiálise, SADT assistencial, Transplante, Educação continuada.

G3 Supervisor de Enfermagem

### Características da comunicação

Evidências de comunicação formal

Burocracia mecanicista: Existe preferência pela comunicação formal com apoio para tomada de decisão que segue as linhas formais da hierarquia

### CARACTERÍSTICAS DO POSTO DE TRABALHO

Especialização vertical; horizontal

Padronização assistência por meio de treinamentos formais e rotinas

(Cada enfermeiro tem a responsabilidade de formar e treinar sua equipe de trabalho)

Burocracia profissional: Formalização do comportamento

As atividades são divididas de acordo com a habilidade de cada enfermeiro, no sentido vertical e horizontal, respeitando suas habilidades.

Especialização- cada trabalhador executa sempre a mesma tarefa, ligada a um determinado posto de trabalho, não há mudanças de setores. Separação entre as funções: que concebe, decide, planeja, não executa e vice e versa

### TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS



Planejamento e controle; mecanismos de ligação

O G1 realiza planejamento:

-financeiro

-da assistência de acordo com nível de necessidade do paciente

-custos/benefícios de aquisição de materiais e equipamentos

-controle de recursos financeiros e indicadores

-algumas metas são decididas nos níveis hierárquicos mais altos e depois são desdobradas na Gerencia de Enfermagem os trabalhadores são envolvidos de acordo com a necessidade dentro do seu nível hierárquico.

Burocracia mecanicista: regulamentos e rotinas perpassam todos os níveis da organização devido ao controle. O planejamento é realizado no vértice estratégico e a base executiva. As ações indicam um cuidado na manutenção da hierarquia e da cadeia de autoridade

Não há no organograma enfermeiros gerentes de ligação

Uso de mecanismos de ligação, porém com limites, somente os Comitês permanentes da contratualização que impõe estrutura de trabalho multidisciplinar em forma de comissões

DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO

Descentralização vertical; horizontal

Os G2 e G3 participam das reuniões com G1, decisões estratégicas são centralizadas no vértice estratégico

(Vou delegar para o coordenador o recrutamento dos enfermeiros) (o grupo pode assumir responsabilidades e opinar o que eles precisam, mas eles não têm a visão do todo)

Burocracia profissional: descentralização limitada

G= gerente

■ fonte:entrevista

■ fonte:documentos

■ interpretação da pesquisadora

APÊNDICE 8 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 6B

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
<p><b>AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO</b> (parte chave)</p>
<p>Observa-se no Serviço de Enfermagem a formalização do comportamento e especialização do trabalho na dimensão horizontal e vertical, descentralização horizontal limitada; e planejamento e controle intenso das ações surgem como os principais parâmetros de concepção. O sistema técnico apresenta pouca sofisticação e o ambiente é estável. Embora a estrutura organizacional do serviço de enfermagem deste hospital se aproxime da configuração da estrutura da Burocracia Mecanicista. A parte chave da organização não é a tecnoestrutura como esperado, pois de acordo com as evidências, esta se apresenta frágil na execução de seu papel de padronizar. No serviço de Enfermagem analisado o centro estratégico é a parte chave da organização, bem como apresenta o predomínio da standardização da qualificação dos profissionais como mecanismo de coordenação característica das estruturas chamadas profissionais. Desta forma, conclui-se que se trata de uma estrutura organizacional híbrida – profissional e mecanicista.</p>
<p><b>Tecnoestrutura</b></p> <p>Enfermeira de Desenvolvimento Humano e as da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar</p> <p>A tecnoestrutura é composta pela enfermeira de Desenvolvimento Humano, responsável pelas capacitações que são realizadas de forma contínua (Doc) e as da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Evidencia-se que a organização não possui uma tecnoestrutura que define, planeja, padroniza o cuidado de forma intensa. Diante disso, constata-se que o trabalho da tecnoestrutura está centrado na formalização do comportamento. A mudança no comportamento é monitorada por indicadores assistenciais, se aumentar o índice de infecção e se investe em capacitação no mês seguinte o índice diminui – “deve-se manter a equipe sempre capacitada [...] tem que fazer de novo, precisa fazer de novo”.</p> <p>Burocracia profissional: Formalização do comportamento, com tecnoestrutura não elaborada</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>A linha intermediária é composta pelos coordenadores de áreas/setores e supervisores noturnos</p> <p>A linha intermediária é composta pelos coordenadores de áreas/setores e supervisores noturnos. São os gerentes intermediários que entram em contato com o centro operacional, (eles controlam e são responsáveis pelas atividades desenvolvidas pelos demais).</p> <p>Burocracia mecanicista, os coordenadores acompanham e controlam como o trabalho é realizado</p>

### **Poder formal centralizado; direção da autoridade**

Composto pelo G1 e Secretária

Os gestores intermediários tem pouca autonomia (reanejam baseados na identificação de necessidades de outros setores apontados pela Direcao de Enfermagem, não realizam a escala de férias dos trabalhadores sob seu comando, tem autonomia limitada para prover condições para a continuidade do trabalho-realizam atividades de recolher a roupa que se esqueceu de retirar, ligar para o engenheiro se faltar luz, providenciar cobertor quando falta)

O planejamento e a estratégia para o trabalho começam de cima para baixo

O vértice estratégico é composto por um indivíduo que detém poder formal sobre os demais e uma visão geral sobre o processo de trabalho, centralização das decisões.

Burocracia mecanicista. .

### **Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades**

Enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos.

Os profissionais são incentivados a se envolver com os objetivos da organização, desenvolvem atividades dentro de uma rotina de trabalho. Estes são escolhidos pelo conhecimento ou competências que tem para execução do trabalho, sendo o conhecimento algo que foi construído com o tempo, o enfermeiro não pode se tornar enfermeiro dentro da organização, por isso a organização os recruta já especialistas “devidamente formados e socializados” (MINTZBERG, 2010, p. 380). O trabalho que os profissionais executam é especializado na dimensão horizontal, por isso eles possuem certa autonomia o que lhes confere relativa independência dos seus colegas de trabalho (MINTZBERG, 2010). O técnico de enfermagem dentro do quarto do paciente, por vezes executa o seu trabalho sozinho e longe do olhar e estão perto de seus clientes (pacientes). Uma característica importante da formação destes profissionais é a prática repetitiva, reforçada no período de estágio dentro das organizações de saúde, período também favorece a internalização das normas da profissão, estas normas coordenam o trabalho do profissional, pois é pré-determinado o que pode ser feito ou não.

Burocracia profissional que tem semelhança no tipo de tarefa desenvolvida, repetitiva, portanto, especializada e rotineira.

De acordo com Mintzberg (2010) os trabalhadores do centro operacional quase não tem poder nenhum, a não ser nas situações em que podem causar interrupções nas atividades, como foi o caso da grave recente dos trabalhadores neste hospital.

### **O principal mecanismo de coordenação**

**Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores**

A prática frequente de reuniões gerais e de equipes

Pode encontrar identificação na necessidade de ajustamento mútuo, porém não há evidências do predomínio deste mecanismo de coordenação na estrutura organizacional do serviço de Enfermagem.

**Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa**

Realizado pelo G1 e G2

O coordenador de enfermagem lidera a equipe e é o elo entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais,

O coordenador representa a equipe. Asseguram a ligação entre a tecnoestrutura (analistas) e os operacionais para que eles incorporem as normas elaboradas por eles; facilitam e servem de apoio à disseminação do fluxo vertical da informação

Burocracia mecanicista

**O resultado do trabalho é especificado**

A ênfase está nos processos de trabalho

### As habilidades para o trabalho é especificado

Foco no conhecimento técnico adequado dos profissionais com especificação clara do tipo de formação exigida para o desempenho do trabalho

Em relação à seleção dos coordenadores a entrevistada cita como pré-requisitos o título de enfermeiro e pós-graduação em Enfermagem, a liderança, a capacidade de integração do profissional com as equipes internas e equipe multiprofissional, a comunicação. Contudo menciona que o conhecimento técnico adequado não é suficiente, o profissional precisa demonstrar envolvimento e compromisso com a organização. Dessa forma, observa-se a padronização das habilidades como mecanismo de coordenação presente na organização, uma vez que se especifica o tipo de treinamento exigido para o desempenho do trabalho. Investe-se em cursos.

Os enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem realizam teste e entrevista no processo seletivo. Os profissionais da burocracia profissional têm suas habilidades padronizadas antes de entrarem na organização, mas devem sempre participar de treinamento e programas de aperfeiçoamento ao longo do seu trabalho. Constata-se a padronização das habilidades dos profissionais como mecanismo de coordenação predominante na organização.

Burocracia profissional

### O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas

Uso de procedimentos operacionais padrões, treinamentos e controle por parte dos coordenadores, para o atingimento das metas dos indicadores. Forte formalização dos trabalhadores

Burocracia mecanicista

## ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS

### Organograma

Não há organograma esquematizado. O G1 está ligado a DG, o próximo nível é ocupado G2\* que gerenciam as áreas—Centro Cirúrgico, Ambulatório, SADT, UTI Neonatal, Clínica Cirúrgica, UTI Geral, UTI Clínica-cirúrgica, Maternidade (Centro Obstétrico, Alojamento conjunto e UCI Neonatal)

A divisão hierárquica do serviço apresenta poucos níveis hierárquicos, visto que existe apenas uma linha hierárquica, ocupada pelos gerentes intermediários (coordenadores no período diurno e supervisores no turno noturno), entre a direção e os operacionais dispostos horizontalmente.

### Características da comunicação

Os problemas são discutidos com os gerentes intermediários, e depois a decisão é levada para Direção Geral. Assim acontece também com as informações. O centro operacional é informado das mudanças.

CARACTERÍSTICAS DO POSTO DE TRABALHO
<p><b>Especialização vertical; horizontal</b></p> <p>Padronização dos procedimentos da assistência, treinamentos sistematizados</p> <p>Evidencia de que a organização busca a formalização do comportamento de seus membros</p> <p>Os enfermeiros coordenam e executam tarefas específicas relacionada ao cargo que possuem, quando surge a oportunidade participam de curso, cada um dentro da sua área atuação. Para Mintzberg (2010), essa divisão de trabalho leva a definição de tarefas, que são especializadas nos dois sentidos, vertical e horizontal. As atividades são repetitivas, a mudança de setores acontece somente mediante solicitação do profissional. O caráter simplista e rotineiro é uma das principais características das atividades da burocracia mecanizada. Outro fator é que as atividades são divididas de acordo com a especialidade de cada funcionário, respeitando suas habilidades. A especialização tanto horizontal quanto vertical atinge alto nível dentro da organização, já que o centro operacional e gerencial realiza apenas as tarefas referentes à sua função.</p> <p>Burocracia mecanizada:</p>
TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS

### Planejamento e controle; mecanismos de ligação

A Direção realiza de reuniões periódicas para avaliação em conjunto com setores responsáveis (Centro de Estudo e Desenvolvimento Humano) pelas solicitações de campo de estágio das Instituições de Ensino Superior. É feito um pré-avaliação e construída uma planilha em conjunto. A planilha é enviada ao enfermeiro do setor para análise, sendo validada em seguida pelo grupo. A entrevista menciona a realização de planejamento das atividades em curto, médio e longo prazo, participa diariamente da passagem de plantão, o que permite que tenha uma visão geral da quantidade de pacientes em estado crítico, e se há na organização leitos suficientes. Neste momento consegue também avaliar as necessidades de remanejamento de pessoal e qual enfermeiro deve contatar para fazer o remanejamento. O planejamento semanal está relacionado ao preparo para as reuniões e assuntos pontuais, como processo demissional. As atividades do mês estão relacionadas ao preparo de escala de férias. O planejamento anual, a entrevistada cita as necessidades de implantação de ferramentas para o trabalho com a Sistematização da Assistência de Enfermagem, a adequação do serviço aos Protocolos do Ministério da Saúde, as determinações da Vigilância Sanitária e a aquisição de equipamentos. A fala da Direção “a gente tem vontade de fazer e tem que fazer, mas para isso a gente tem que se preparar”, o uso de mecanismos como reuniões, registro em planilhas, uso de diretrizes do Ministério da Saúde para realização do planejamento estratégico, reflete a grande importância dada ao planejamento das atividades e sua permanente realização. O controle sobre as atividades surgiu quando a entrevistada referiu sobre o acompanhamento das metas e indicadores assistências relacionada a contratualização, como número de internações, atendimentos, geração de AIH's, existe pela DE a preocupação em controlar e incentivar a equipe a fazer o mesmo. A Direção faz gerenciamento dos indicadores das metas pactuadas por meio de relatórios mensais. A existência de todos esses mecanismos (relatórios, reuniões regulares, planilhas) reflete o alto controle exercido pela organização na mensuração no desempenho e na busca por sua melhoria, estes apontam para parâmetros predominantes da burocracia mecanizada.

#### Relatórios, planilhas de custos e indicadores

A obsessão pelo controle na estrutura é característica da Burocracia Mecanicista, bem como o desenvolvimento da estratégia, com visão de conjunto centralizado na Direção de Enfermagem

#### Não há no organograma enfermeiros gerentes de ligação

Os enfermeiros do serviço participam de equipes de forças tarefas para discussão de assuntos específicos, um exemplo disso é a participar da Direção e dos enfermeiros em todas as comissões obrigatórias exigidas na contratualização dos HE. As comissões são, em geral, compostas por profissionais de várias áreas/departamentos. No desenvolvimento de novos projetos, como o aumento de leitos da UTI, a entrevistada menciona que por meio de várias reuniões, discute com a equipe de coordenadores, apresenta os objetivos, os resultados e benefícios do projeto com a finalidade de obter a cooperação do grupo, depois encaminha para direção o resultado.

Burocracia mecanicista: Comitês permanentes e não matricial, a linha hierárquica é bem definida com clara definição das unidades de comando

DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO

**Descentralização vertical; horizontal**

Os enfermeiros participam contribuindo expondo seu posicionamento e relação aos problemas na área em que atuam. É delegado ao supervisor noturno autoridade para agir diante dos problemas. Os coordenadores decidem sobre o remanejamento temporário e definitivo quando necessário, mas orientados pelo vértice estratégico. Quando o gerente intermediário chega para discutir algum problema à direção “já tem que ter a solução para aquele problema [...] e não eu discuto e digo o que você acha de fazer assim, o que você acha de fazer assado”.

Burocracia profissional: Descentralização limitada (distribuição relativa do poder para os gerentes da linha intermediária)

Nas discussões de assuntos que tenham relação com o enfermeiro (do centro operacional) de determinada área, ele é chamado e contribuiu com a sua visão sobre o assunto, contudo não há participa nas decisões.

Burocracia profissional: Descentralização limitada

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora



APÊNDICE 9 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 7B

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
<p><b>AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO</b> (parte chave)</p>
<p>Devido à especificidade desta organização o centro operacional é constituído por profissionais, característica da burocracia profissional, o que coloca esta parte da organização em posição de destaque em relação às demais. Contudo a tecnoestrutura se apresenta elaborada, característica da burocracia mecanicista, o que indica a importância, também deste elemento para a organização</p>
<p><b>Tecnoestrutura</b></p> <p>Enfermeira de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Enfermeira do Centro Diagnóstico; Enfermeira da Auditoria</p> <p>Elaboração de normas, rotinas e programa de atividades para o centro operacional. A padronização, análise, realização dos protocolos/avaliação da assistência</p> <p>Burocracia profissional</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>Composto por G2</p> <p>(Devem promover ambiente e ter credibilidade para influenciar o centro operacional para cooperação nas mudanças) (estão no meio termo, para ligar centro operacional e gerência de Enfermagem)</p> <p>Burocracia mecanicista</p>
<p><b>Poder formal centralizado; direção da autoridade</b></p> <p>Composto pelo G1 e Secretária</p> <p>Realização de reuniões, remanejamento de pessoal, contato com academia, controle e acompanhamento das atividades dos coordenadores e enfermeiros, planejamento estratégico do serviço (custos e necessidades do serviço), seleção de enfermeiro, alinhamento de processos e melhorias, (...) eu gosto de mandar, eu delego e cobro) (controle de previsão e provisão de equipamentos) (toda a parte orçamentária passa por mim)</p> <p>Burocracia mecanicista: controle e ajustes dos processos de trabalho para que haja o melhor desempenho, manutenção da cadeia de autoridade e linha hierárquica</p>

<p><b>Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades</b></p> <p>O centro operacional é composto por: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem</p> <p>(Existe programa de rodizio há cada 2 dias, devido a complexidade do serviço; somente nas UTIs eles ficam 1 semana)</p> <p>Burocracia mecanicista: as tarefas são simples e especializadas, mas exigem qualificação aprimorada. Divisão clara de quem coordena e organiza e de quem executa</p>
<p><b>O principal mecanismo de coordenação</b></p>
<p><b>Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores</b></p> <p>Não há evidencias que isso ocorra</p>
<p><b>Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa</b></p> <p>Acompanhamento dos processos pelo G1, G2 como atividade como mecanismo complementar</p>
<p><b>O resultado do trabalho é especificado</b></p> <p>Não há ênfase no resultado</p>
<p><b>As habilidades para o trabalho é especificado</b></p> <p>Foco no conhecimento técnico adquirido pela formação e acumulado pela experiência na organização ou fora dela; habilidade para gerenciar pessoas</p>
<p><b>O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas</b></p> <p>Uso de procedimentos operacionais padrão, normas, capacitação, acompanhamento da realização dos procedimentos e avaliação para haja melhoria na qualidade dos cuidados com os pacientes</p> <p>Burocracias-Formalização do comportamento</p>
<p><b>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS</b></p>

<p><b>Organograma</b></p> <p>Organograma  G1* está ligado a Direção Geral  G2* (5) gerenciam as áreas – Centro Cirúrgico, UTI, Pronto Socorro, Unidades de Internação, Centro de Resultado-SIDOT e Educação continuada</p>
<p><b>Características da comunicação</b></p> <p>(Fazemos reuniões e as decisões são registradas em atas, depois são repassadas para os setores. As unidades podem trazer sugestões e reclamações para serem discutidas nas reuniões) (quando temos mudanças nos Pops, os coordenadores passam para os enfermeiros, que passam para os técnicos de Enfermagem)</p> <p>As informações e decisões seguem um fluxo regulado para cima e para baixo na linha hierárquica</p>
<p>CARACTERÍSTICAS DO POSTO DE TRABALHO</p>
<p><b>Especialização vertical; horizontal</b></p> <p>Padronização assistência por meio do Procedimento Operacional Padrão (POP), treinamentos formais nos POP's, regimentos</p> <p>A formalização do trabalho acontece nas duas burocracias. A diferença é que na profissional a socialização acontece no momento de formação do profissional, antes dele pertencer à organização</p> <p>As atividades são divididas de acordo com a especialidade (habilidade) de cada enfermeiro, no sentido vertical e horizontal, respeitando suas habilidades.</p> <p>A divisão do trabalho é:</p> <p>Especializada tanto na dimensão vertical (o trabalho dos coordenadores sofre o controle do G1) como na horizontal (o trabalho dos técnicos sofrem o controle do G2)</p> <p>Burocracia profissional e Burocracia mecanicista: Especialização- cada trabalhador executa sempre a mesma tarefa, ligada a um determinado posto de trabalho</p>
<p>TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS</p>

### Planejamento e controle; mecanismos de ligação

O G1 realiza planejamento estratégico alinhado aos objetivos e missão da organização do hospital: envolve recursos financeiros e contratação de pessoal; monitoramento dos processos-planejamento para melhoria; controle para atingimento dos resultados; provisão e previsão de equipamento

Burocracia mecanicista: Controle sobre as ações dos funcionários com foco no processo de trabalho

Os G1, G2 participam das comissões obrigatórias estabelecidas pela contratualização. Não há no organograma enfermeiros gerentes de ligação

Burocracia mecanicista: Comitês permanentes e não matricial, a linha hierárquica é bem definida com clara definição das unidades de comando

### DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO

#### Descentralização vertical; horizontal

G2 tem autonomia para gerenciar a equipe, porém não participam das decisões estratégicas. Nos comitês, tomam decisão dentro do seu nível hierárquico

Burocracia profissional: Uso de mecanismos de ligação como os comitês

(Eu delego algumas funções, dou orientações, eles participam das discussões, mas a autonomia é limitada)

Burocracia profissional: descentralização limitada

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora

## APÊNDICE 10 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 8B

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO (parte chave)
<p>O serviço funciona com grupo de projetos (composta pelo vértice estratégico, linha hierárquica e pessoal de apoio). Os grupos de trabalho ou <i>task forces</i>, os comitês permanentes e grupo de trabalho <i>ad hoc</i>, favorecem o ajustamento mútuo, o que reflete sua natureza adocrática. A prestação da assistência é separada por divisões e cada gerente intermediário é responsável por uma delas. A atuação deles abrange o desenvolvimento de planejamento estratégico, implementação e avaliação das ações administrativas, atuação da equipe multidisciplinar e da Enfermagem. Estas características refletem a natureza divisionalizada da estrutura. O centro operacional é formado por profissionais qualificados, característica da Burocracia profissional. Portanto destacam-se duas partes chaves nesta estrutura a linha hierárquica e o centro operacional</p>
<p><b>Tecnostructura</b></p> <p>Gerência de risco sanitário hospitalar, Enfermeira da Padronização de Materiais, Enfermeira da Comissão de Controle e Infecção Hospitalar, Núcleo de Epidemiologia Hospitalar, Enfermeiro da Hemovigilância, Enfermeira de Educação continuada e Pesquisa (Assessoria de docente)</p> <p>Auditoria e Qualidade de Enfermagem: Avalia a qualidade da assistência prestada aos pacientes; Avalia a qualidade da assistência prestada aos pacientes pela análise dos prontuários e <i>in loco</i>; Planeja e desenvolver ações de educação permanente; Elabora relatórios e indicadores de qualidade da assistência.</p> <p>Educação permanente: Participa no planejamento, execução e avaliação de Programas de ensino de graduação e Pós graduação.</p> <p>Tecnoestrutura elaborada</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>Composto pelo G2</p> <p>Cumprir e fazer cumprir as normas deste regulamento e demais legislações vigentes; Planejar as atividades assistenciais, junto aos enfermeiros assistenciais, visando à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, com base nos indicadores; Manter a organização estrutural e funcional da unidade sob sua responsabilidade, interagir os Enfermeiros Assistenciais, participando na avaliação das necessidades e adequação do dimensionamento de profissionais de enfermagem; Coordenar a revisão dos protocolos juntamente com os enfermeiros assistenciais e docentes de enfermagem do HE; Elaborar a escala mensal, de férias e de licença prêmio da área de sua competência, e supervisionar mensalmente a escala de trabalho dos enfermeiros; Avaliar juntamente com os Enfermeiros Assistenciais o desenvolvimento da SAE; Participar e viabilizar as atividades de ensino, pesquisa e extensão, colaborando com as Instituições de ensino credenciadas; Participar como enfermeiro preceptor no Programa de Residência em Enfermagem; Elaborar em</p>

conjunto com os enfermeiros assistenciais o planejamento da educação permanente; Participar de programas e ações que visem à melhoria das condições de trabalho; Elaborar relatórios das atividades da área de sua competência; Planejar, presidir, registrar reuniões técnicas com os enfermeiros assistenciais e/ou equipe de enfermagem da unidade; Elaborar, implantar, utilizar e avaliar os protocolos e manuais de normas técnicas e rotinas das unidades sob sua responsabilidade.

Elaborar, implantar, utilizar e avaliar as normas técnicas e rotinas da unidade como atribuição do coordenador. A responsabilidade pelas divisões de atendimento abrange a infraestrutura, pessoal de Enfermagem, articulação do trabalho em equipe multidisciplinar

Adhocracia divisionalizada: os gerentes intermediários participam do planejamento e execução da estratégia junto com o vértice estratégico. Também são responsáveis pelo desempenho da divisão e alcance de metas e objetivos, fazem relatório baseados no planejamento estratégico da unidade o que foi alcançado o que precisa ser revisto, e plano de ação para alcance das mudanças. Este o mesmo mecanismo se estende aos trabalhadores das divisões que são avaliados e acompanhados em relação ao seu desempenho. Estas características refletem o caráter divisionalizado da estrutura.

#### **Poder formal centralizado; direção da autoridade**

Composto pelo G1, Enfermeira, Técnica de Enfermagem, Técnica Administrativa e Assessoria docente

(Define as diretrizes, filosofia e política do serviço de enfermagem; orienta e organiza a assistência de enfermagem sistematizada; responsabilização pela equipe de Enfermagem diante do Conselho de Enfermagem; dimensiona o quadro de profissionais de enfermagem; avalia e define diretrizes para a assistência; planeja e define os programas e atividades de provimento, relocação, treinamento, aperfeiçoamento e desenvolvimento dos profissionais de enfermagem; elaboração e implementação de projetos)

Adhocracia: Desenvolve a estratégia com a linha hierárquica

- Existe uma análise crítica do trabalho e das metas pactuadas e são realizadas ações de ajuste desta situação
- Ajustes no planejamento e qualidade da assistência de forma conjunta com linha hierárquica, gerentes e profissionais de outras áreas
- Mobilização junto com outros dirigentes na busca de troca de experiência e discussão para aperfeiçoamento ou mudanças no modelo de gerenciamento que favoreça ou corresponda melhor às necessidades da organização

A Adhocracia: utiliza os analistas para a adaptação ao ambiente externo. Uso de reunião para definição organização interna para atender necessidades do mercado. Os quadros hierárquicos trabalham de forma integrada nos grupos de projetos, e tem responsabilidade especial de coordenação

#### **Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades**

O centro operacional é composto por: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, técnico administrativo

Enfermeiro: Cumprir e fazer cumprir as normas do regulamento e demais legislações vigentes; Coordenar as atividades assistenciais e administrativas de

enfermagem no seu turno de trabalho; Aplicar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e aplicar e implementar a utilização de protocolos de atendimento. Participar e viabilizar as atividades de ensino, pesquisa e extensão, colaborando com as Instituições de ensino credenciadas; Participar como enfermeiro preceptor no Programa de Residência em Enfermagem; Elaborar em conjunto com o Enfermeiro Coordenador de Área o planejamento da educação permanente; Participar e garantir a implementação de programas que visem o controle de infecção hospitalar e de programas que visem a Higiene e Segurança no trabalho e de Prevenção de Acidentes e de doenças profissionais; Participar das reuniões, visitas clínicas e cursos interdisciplinares promovidos pela equipe de saúde da unidade;

Técnico de Enfermagem e auxiliar: desempenham atividades relacionadas à sua formação conforme Lei do Exercício profissional

Burocracia profissional: baseada no conhecimento do centro operacional sobre o trabalho; exerce certo controle sobre suas ações

#### O PRINCIPAL MECANISMO DE COORDENAÇÃO

#### Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores

Dada relativa importância ao ajustamento mútuo, mas não é algo espontâneo, são criados grupos de trabalho

Adhocracia: A discussão dos projetos entre trabalhadores da linha hierárquica diferentes, com participação dos enfermeiros do centro operacional, embora não haja participação dos demais membros. A formação de grupos de trabalho e comitês permanentes, promovem o ajustamento mútuo

#### Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa

Ocorre, mas não há predomínio deste mecanismo

#### O resultado do trabalho é especificado

Não há ênfase no resultado

#### As habilidades para o trabalho é especificado

O conhecimento técnico adquirido e habilidade são necessários para atuar

#### O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas

Uso de procedimentos operacionais padrão, acompanhamento das atividades para garantir os indicadores básicos; programa de treinamento sistemático com planejamento e avaliação de desempenho; protocolos de atendimento; cursos interdisciplinares; manual de normas e rotinas

Burocracia profissional: formalização do comportamento; padronização da atuação da equipe

#### ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS

<p><b>Organograma</b></p> <p>O organograma esquematizado.</p> <p>G1 está ligado a Direção Geral Assessoria Especial (Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem) -Comissão de Ética de Enfermagem; -Assessoria Técnica; -Auditoria e Qualidade de Enfermagem - Educação Permanente e Pesquisa</p> <p>G2 (16) gerenciam as áreas – Coordenação do Banco de Leite Humano (BLH); Coordenação do Ambulatório; Coordenação da Unidade de Cardiologia, Vascular e Hemodinâmica; Coordenação do Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Anestésica; Coordenação da Central de Materiais Esterilizados; Coordenação da Maternidade e Centro Obstétrico; Coordenação da Unidade de Cuidados Intermediários e da Unidade de terapia intensiva Neonatal; Coordenação das Unidades de Terapia Intensiva Adulto; Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e do Alojamento Conjunto Pediátrico; Coordenação da Unidade de Psiquiatria; Coordenação do Setor de Imagenologia; Coordenação das unidades de internação da Clínica Médica e Cirúrgica e Ortopedia e Neurologia; Coordenação da Unidade de Queimados; Coordenação do Pronto Socorro e Urgência e Emergência; Coordenação de Estágios; Coordenação do Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalia Cranofacial.</p> <p>G3 supervisão do turno em todos os setores</p>
<p><b>Características da comunicação</b></p> <p>A comunicação é formalizada, respeitando um fluxo descendente Burocracia</p>
<p>CARACTERÍSTICAS DO POSTO DE TRABALHO</p>
<p><b>Especialização vertical; horizontal</b></p> <p>Padronização assistência por meio de Regulamento, Procedimentos Operacionais Padrão, treinamentos formais; Protocolos; normas e rotinas</p> <p>Burocracia profissional: formalização do trabalho</p> <p>As atividades são divididas de acordo com a especialidade (habilidade) de cada enfermeiro, no sentido vertical e horizontal, respeitando suas habilidades.</p> <p>Divisão do trabalho especializada na dimensão vertical, mais intensa na dimensão horizontal, contudo não atinge todos os níveis hierárquicos.</p>



TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS
<p><b>Planejamento e controle; mecanismos de ligação</b></p> <p>O G1 participou do plano diretor 2014 a 2016 e tomadas de decisões relacionadas aos objetivos do hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitoramento do atingimento das metas pactuadas;</li> <li>-Planejamento para aquisição de equipamentos/materiais</li> <li>-Planejamento para iniciar o trabalho por indicadores</li> <li>-Participação no orçamento anual da organização</li> </ul> <p>O vértice exerce função de controle: nos prazos e desenvolvimento de ações para atingimento de metas, controle dos custos, atendimento as políticas federais, estaduais de pessoais conforme descrito por Chandler e Sayles, 1971, p. 173)</p> <p>Os G1, G2 e G3 participam das comissões obrigatórias estabelecidas pela contratualização. Não há no organograma enfermeiros gerentes de ligação</p> <p>Burocracia profissional: Uso de mecanismos de ligação como os comitês e vai além dos exigidos pela contratulização</p>
DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO
<p><b>Descentralização vertical; horizontal</b></p> <p>G1 realiza reuniões com a equipe de enfermagem</p> <p>O vértice estratégico- Interage com as Coordenações de Área e Enfermeiros Assistenciais a fim de discutir e resolver questões técnicas/administrativas, bem como articular e cooperar com as unidades funcionais assistenciais e administrativas para atender ao programa assistencial da instituição; Interage com Coordenadoria a fim de facilitar os processos de melhoria; Colaborar com a avaliação periódica de projetos e programas implementados. Elabora a escala mensal, de férias e de licença prêmio da área de sua competência, e supervisiona mensalmente a escala de trabalho dos enfermeiros. Todos os membros da Direção de Enfermagem têm direito a voz e a voto nas decisões a serem tomadas</p> <p>G2 gerencia a equipe-administra conflitos, realiza reuniões periódicas, realiza e acompanha os treinamentos</p>

### Participação nos comitês- uso de mecanismos de ligação

Assume a forma de um sistema de constelações de trabalho e que a posição de cada uma delas depende dos tipos de decisões funcionais que cada uma é obrigada a tomar. Cada constelação vai agregando gestores hierárquicos e especialistas funcionais à medida que depende da expertise deles para as decisões. Ocorre então a descentralização seletiva tanto na dimensão horizontal (acontece de forma menos intensa com os técnicos e auxiliares de enfermagem e administrativos) como na vertical à medida que é concedido poder a estes profissionais

Reuniões decisórias: G1, G2, G3, Enfermeiro e técnico, auxiliar de enfermagem

Enfermeiro: faz cumprir as normas da instituição e da categoria; Coordena as atividades assistenciais e administrativas de enfermagem; Aplica a SAE e implementa a utilização de protocolos de atendimento. Desenvolve e viabilizar as atividades de ensino, pesquisa e extensão, Elabora em conjunto com o Enfermeiro Coordenador de Área o planejamento da educação permanente; Participa e garante a implementação de programas que visem o controle de infecção hospitalar e de Higiene e Segurança no trabalho e de Prevenção de Acidentes e de doenças profissionais; Participar das reuniões, visitas clínicas

Técnico e auxiliar de Enfermagem participam das discussões sobre o regimento interno

Descentralização seletiva na dimensão vertical a medida que é concedido poder aos profissionais, porém este poder é partilhado de forma limitada com os operacionais

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora

## APÊNDICE 11 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 9B

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO (parte chave)
<p>Devido à especificidade desta organização o centro operacional é constituído por profissionais, característica da burocracia profissional, o que coloca esta parte da organização em posição de destaque em relação às demais. Contudo a tecnoestrutura se apresenta elaborada, característica da burocracia mecanicista, o que indica a importância, também deste elemento para a organização</p>
<p><b>Tecnoestrutura</b></p> <p>Enfermeira de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Educação Continuada, Enfermeiro Auditor, Enfermeira Gerenciamento de Risco</p> <p>Eles planejam e padronizam as atividades dos trabalhadores&lt;</p> <p>Burocracia mecanicista:</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>Composta pelos G2, G3, G4</p> <p>Os coordenadores, supervisores e enfermeiros plenos devem respeitar os trâmites hierárquicos; participar das comissões internas; realizar, orientar e supervisionar as estratégias de ação e controle para manter as unidades continuamente dentro das normas internas e órgãos externos junto com enfermeiro plenos; controlar assiduidade, pontualidade, falta e atrasos junto com enfermeiro pleno; participar do planejamento, treinamento e capacitações do Serviço de Enfermagem. Para esses profissionais é exigido experiência, postura e comprometimento com a instituição</p> <p>Burocracia mecanicista: respeito à cadeia de comando e a linha hierárquica</p>
<p><b>Poder formal centralizado; direção da autoridade</b></p> <p>Formado pelo G1 e Secretária</p> <p>(Participação em comissões; embora eu tenha enfermeiros coordenadores supervisores, enfermeiros todos os documentos passam por mim, por exemplo troca de plantão, hora extra, atestado, medida disciplinar, avaliações; resolução de problemas; conhecimento dos problemas que estão sendo tratados entre coordenadores e diretores; atendimento de órgãos externos, conselhos, vigilância sanitária, representação da instituição, visita em outros hospitais, projeto para expansão das atividades do hospital) (reuniões com outros setores para definição de aplicação de recursos)</p> <p>Burocracia mecanicista: cadeia de autoridade e linha hierárquica bem definida com Centralização do poder</p>

<p><b>Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades</b></p> <p>O centro operacional é composto por: enfermeiro júnior, técnico e auxiliar de enfermagem</p> <p>Burocracia mecanicista: As atividades são descritas em regimentos, evidencia-se uma diferença em quem executa, e quem concebe, decide, planeja, organiza, e coordena.</p> <p>Burocracia profissional, em que as tarefas são rotineiras e especializadas, mas exigem qualificação mais aprimorada do que na estrutura mecanicista, pode-se dizer isso baseado na formação nas diretrizes para formação dos enfermeiros e na Lei do exercício profissional. Existe falta de comprometimento dos trabalhadores com a organização, Mintzberg (2010) explica que nas estruturas profissionais os trabalhadores se identificam mais com a profissão do que com a organização onde as pratica.</p>
<p><b>O principal mecanismo de coordenação</b></p>
<p><b>Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores</b></p> <p>Não há evidências de que isso acontece</p>
<p><b>Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa</b></p> <p>Acontece mas não há ênfase</p>
<p><b>O resultado do trabalho é especificado</b></p> <p>Não há ênfase no resultado</p>
<p><b>As habilidades para o trabalho é especificado</b></p> <p>(Na seleção busca-se a habilidade, conhecimento das pessoas, experiência, postura)</p> <p>Foco no conhecimento técnico adquirido pela formação e acumulado pela experiência fora organização</p> <p>Isto é característica da burocracia profissional em que a formação dos profissionais é longa, a aquisição ou internalização das normas da profissão se dá no campo prático. Porém os profissionais são regulados pelo código de ética da profissão e são coordenados pela competência</p>

<p><b>O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas</b></p> <p>Uso de procedimentos operacionais padrão, normas rotinas, treinamento, regimento</p> <p>Gerente intermediário deve fazer cumprir o manual de normas e rotinas da instituição, treinar a equipe</p> <p>Burocracia mecanicista: Formalização do comportamento</p>
<p><b>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS</b></p>
<p><b>Organograma</b></p> <p>G1 está ligado ao Diretor Geral, estão ligados ao G1 a Educação continuada, Banco de Leite, Centro de Especialidades médicas, Centro Médico comunitário, C.E.O.N., Ambulatórios e Auditoria de Enfermagem</p> <p>G2 Coordenador do Bloco cirúrgico; de Alto risco; de Unidade de internação; Bloco operatório</p> <p>G3 Supervisão noturna</p>
<p><b>Características da comunicação</b></p> <p>Gerentes intermediários devem repassar circulares e informações institucionais às Equipes de Enfermagem das unidades sob sua responsabilidade. O enfermeiro pleno deve consultar a equipe sobre a escala de férias e comunicar a Coordenação e este a Gerência</p> <p>As informações e decisões seguem um fluxo regulado para cima e para baixo na linha hierárquica</p>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DO POSTO DE TRABALHO</b></p>
<p><b>Especialização vertical; horizontal</b></p> <p>Padronização assistência por meio do Procedimento Operacional Padrão (POP), e treinamentos formais nos POP's</p> <p>A formalização do trabalho acontece nas duas burocracias. A diferença é que na profissional a socialização acontece no momento de formação do profissional, antes dele pertencer à organização</p> <p>As atividades são divididas de acordo com a especialidade (habilidade) de cada enfermeiro, no sentido vertical e horizontal, respeitando suas habilidades. A divisão do trabalho é: especializada tanto na dimensão vertical como na horizontal.</p> <p>Especialização - cada trabalhador executa sempre a mesma tarefa, ligada a um determinado posto de trabalho, não há mudanças de setores.</p> <p>Burocracia mecanicista</p>

Separação entre as funções de controle (concepção, decisão, planejamento, avaliação, acompanhamento, organização e das funções de execução- “quem faz, não controla, ou avalia os resultados, não concebe, não decide, não planeja, não programa, não organiza, não coordena

#### TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS

##### **Planejamento e controle; mecanismos de ligação**

O G1 realiza planejamento estratégico de curto prazo

Planejamento para aquisição de materiais/equipamentos. Planejamento relacionado à gestão de pessoas: dimensionamento de pessoal, reuniões com outras áreas para resolução de conflitos e adequação do processo de trabalho bem como para atendimento das metas pactuadas. Monitoramento do processo de trabalho (acompanhamento dos conflitos, problemas) e metas pactuadas. Controle das ações dos gerentes intermediários

Controle

Burocracia mecanicista:

Os G1, G2 e G3 participam das comissões obrigatórias estabelecidas pela contratualização. Não há no organograma enfermeiros gerentes de ligação

Burocracia mecanicista: Comitês permanentes e não matricial, a linha hierárquica é bem definida com clara definição das unidades de comando

#### DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO

##### **Descentralização vertical; horizontal**

Os G2, G3 e G4 participam de reuniões decisórias de forma colegiada com a direção do hospital e pessoal de apoio, realizam escala, participam do processo de contratação e demissão, remanejamento de pessoal, controle de hora-extra, mudanças na infraestrutura, parecer técnico

Descentralização vertical limitada e horizontal sem evidencia

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora

## APÊNDICE 12 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 10B

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO (parte chave)
<p>O serviço funciona com grupo de projetos (composta pelo vértice estratégico, linha hierárquica e pessoal de apoio). Os grupos de trabalho ou <i>task forces</i>, os comitês permanentes e grupo de trabalho <i>ad hoc</i>, favorecem o ajustamento mútuo, o que reflete sua natureza adocrática. A prestação da assistência é separada por divisões e cada gerente intermediário é responsável por uma delas. A atuação deles abrange o desenvolvimento de planejamento estratégico, implementação e avaliação das ações administrativas, atuação da equipe multidisciplinar e da Enfermagem. Estas características refletem a natureza divisionalizada da estrutura. O centro operacional é formado por profissionais qualificados, característica da Burocracia profissional. Portanto destaca-se duas partes chaves nesta estrutura a linha hierárquica e o centro operacional.</p>
<p><b>Tecnostructura</b></p> <p>Enfermeira de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Enfermeira de Educação Permanente; Enfermeiro do Ambulatório, Enfermeiro do Hemocentro, Enfermeiro da Bioequivalência, Serviço de Treinamento, Comissão de Ética, Comissão de Segurança do Paciente; Comissão de Humanização</p> <p>Planejam e padronizam as atividades dos trabalhadores</p> <p>Burocracia profissional: Formalização do comportamento do profissional do centro operacional</p> <p>Contato com dirigentes de outras organizações; busca por novos modelos de gestão</p> <p>A Adhocracia: utiliza os analistas para a adaptação ao ambiente externo.</p> <p>Adhocracia reunião para definição organização interna para atender necessidades do mercado. Os quadros hierárquicos trabalham de forma integrada nos grupos de projetos, e tem responsabilidade especial de coordenação</p>

### Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho

Composta pelo G2, G3 e G4

Responsabilidade por toda a equipe, maior participação das decisões ocorre com os profissionais que ocupam as chefias de divisões

Os gerentes intermediários participam do planejamento e execução da estratégia junto com a o vértice estratégico. Também são responsáveis pelo desempenho da divisão e alcance de metas e objetivos. Este mesmo mecanismo se estende aos trabalhadores das divisões que são avaliados e acompanhados em relação ao seu desempenho. Estas características refletem o caráter divisionalizado da estrutura.

A responsabilidade pelas divisões de atendimento abrange a infraestrutura, pessoal de Enfermagem, articulação e acompanhamento do processo de trabalho da equipe multidisciplinar

Adhocracia divisionalizada:

### Poder formal centralizado; direção da autoridade

Composta pelo G1, enfermeira, secretária

(Nomear encarregados, representar o hospital diante de órgãos externos, planejamento estratégico, participação no conselho consultivo que discutem a situação do hospital de forma geral, participação do grupo gestor HOSPSUS; Administração da equipe de enfermagem com objetivo de dar uma assistência adequada; estar envolvido em todas as atividades que diz respeito à categoria: enfermagem como compra de equipamento, reformas; férias; escalas de trabalho) (eu não participo do planejamento de custo para o hospital, isto é feito pela superintendência junto com a administração que faz uma previsão do que vai gastar no ano)

(Nós que conhecemos os problemas de enfermagem e as rotinas do hospital como um todo) (Os novos projetos são discutidos com a equipe pelos encarregados, depois eles retornam com as propostas e agente dá seguimento)

Adhocracia: Desenvolve a estratégia com a linha hierárquica

### Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades

O centro operacional é composto por: enfermeiro assistencial, técnico e auxiliar de enfermagem

(Temos dificuldades de recursos humanos para implantação de novos projetos) (Acho que porque nós estamos aqui muito tempo, nós temos uma população de trabalhadores muito antiga, muitos atestados, afastamentos) (Existe uma dificuldade de convencer as pessoas para mudanças) (não existe rotina de rodízio)



Burocracia profissional: preocupação do profissional com a prática profissional do que com o local onde a pratica; composto por trabalhadores que tem longa duração de formação.
<b>O principal mecanismo de coordenação</b>
<b>Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores</b>
Adhocracia: A discussão dos projetos entre trabalhadores da linha hierárquica diferentes, com participação dos enfermeiros do centro operacional, embora não haja participação dos demais membros. A formação de grupos de trabalho e comitês permanentes promovem o ajustamento mútuo
Dada relativa importância ao ajustamento mútuo, mas não é algo espontâneo, são criados grupos de trabalho
<b>Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa</b>
Ocorre, mas não há ênfase neste mecanismo
Burocracia profissional: Não existe necessidade de supervisão direta dos profissionais
<b>O resultado do trabalho é especificado</b>
Não ocorre, tem ênfase na padronização dos processos
<b>As habilidades para o trabalho é especificado</b>
(Tem treinamento, mas quando a pessoa vem, ela já tem que saber)
Tem importância, mas o foco é a aplicação do conhecimento técnico para alcance dos objetivos organizacionais. Burocracia profissional
<b>O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas</b>
Uso de procedimentos operacionais padrão, rotinas, capacitação de forma sistemática, manual de atribuições de cada função
(É difícil a adesão da equipe aos procedimentos, mesmo impondo) (nós temos as rotinas descritas para eles saberem exatamente o que tem que fazer)
Burocracias profissional: Formalização do comportamento, mas com dificuldade de ser utilizado como mecanismo de coordenação do trabalho devido à resistência dos profissionais
<b>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS</b>

<p><b>Organograma</b></p> <p>G1 está ligado a Superintendência  G2 gerencia Chefia de Divisão de Atendimento (Cirúrgico, Pronto Atendimento, Ambulatório, Imagem) e Chefia de Divisão de Internamento (UTI's, Unidades de Internação)  G3 Encarregado por áreas das UTIs, Materno Infantil, Médico-cirúrgica, Bloco Cirúrgico, Ambulatório e Imagem  G4 Enfermeiro</p>
<p><b>Características da comunicação</b></p> <p>Seguem um fluxo regulado para cima e para baixo na linha hierárquica</p>
<p>CARACTERÍSTICAS DO POSTO DE TRABALHO</p>
<p><b>Especialização vertical; horizontal</b></p> <p>Padronização assistência por meio de Normas e Rotinas, POP's, Manual de atribuições de cada função, treinamentos formais</p> <p>Burocracia profissional: formalização do comportamento. As atividades são divididas de acordo com a especialidade (habilidade) de cada enfermeiro, no sentido vertical e horizontal, respeitando suas habilidades. A divisão do trabalho é: especializada tanto na dimensão vertical como na horizontal.</p>
<p>TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS</p>
<p><b>Planejamento e controle; mecanismos de ligação</b></p> <p>O G1 realiza ações para alcance das metas da contratualização relacionadas aos objetivos do hospital, Início do monitoramento dos indicadores atingimento das metas pactuadas, faz controle de custos, etc.</p> <p>O vértice exerce função de controle: nos prazos e desenvolvimento de ações para atingimento de metas, controle dos custos, atendimento as políticas federais, estaduais de pessoais conforme descrito por Chandler e Sayles, 1971, p. 173)</p> <p>Os G1, G2, G3, G4 participam das comissões obrigatórias estabelecidas pela contratualização. Não há no organograma enfermeiros gerentes de ligação</p> <p>Burocracia profissional: Uso de mecanismos de ligação como os comitês</p>
<p>DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO</p>

**Descentralização vertical; horizontal**

Os G2, G3 e G4 participam das reuniões da equipe gerencial com G1 quinzenalmente e nos comitês

Assume a forma de um sistema de constelações de trabalho e que a posição de cada uma delas depende dos tipos de decisões funcionais que cada uma é obrigada a tomar. Cada constelação vai agregando gestores hierárquicos e especialistas funcionais à medida que depende da expertise deles para as decisões. Ocorre então a descentralização seletiva tanto na dimensão horizontal (acontece de forma menos intensa com os técnicos e auxiliares de enfermagem e operacionais) como na vertical à medida que é concedido poder a estes profissionais

Reuniões decisórias: participação dos enfermeiros em certas decisões mais específicas de seu nível hierárquico. G3 e G4 e componentes do centro operacional.

Burocracia profissional: descentralização horizontal limitada. Descentralização seletiva na dimensão vertical a medida que é concedido poder aos profissionais, porém este poder é partilhado de forma limitada com os operacionais.

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora

## APÊNDICE 13 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 11B

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
<b>AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO</b> (parte chave)
<p>O serviço funciona com grupo de projetos (composta pelo vértice estratégico, linha hierárquica e pessoal de apoio). Os grupos de trabalho ou <i>task forces</i>, os comitês permanentes e grupo de trabalho <i>ad hoc</i>, favorecem o ajustamento mútuo, o que reflete sua natureza adhocrática. A prestação da assistência é separada por divisões e cada gerente intermediário é responsável por uma delas. A atuação deles abrange o desenvolvimento de planejamento estratégico, implementação e avaliação das ações administrativas, atuação da equipe multidisciplinar e da Enfermagem. Estas características refletem a natureza divisionalizada da estrutura. O centro operacional é formado por profissionais qualificados, característica da Burocracia profissional. Portanto destaca-se duas partes chaves nesta estrutura a linha hierárquica e o centro operacional</p>
<p><b>Tecnoestrutura</b></p> <p>Enfermeira de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Enfermeira da Divisão de Assistência a Comunidade, Enfermeira do Núcleo do Bem-estar da Comunidade</p> <p>Adhocracia: Tecnoestrutura não elaborada, não há tanta necessidade do uso da standardização para coordenar as atividades, por isso tem pouca necessidade da tecnoestrutura para desenvolver os sistemas de regulação</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>Composta pelo G2, G3 e G4</p> <p>O G4 – desempenha atividades administrativa e operacionais</p> <p>(Participação ativa no desenvolvimento e execução da estratégia de ação da Direção de Enfermagem por meio de desenvolvimento de planejamento estratégico, responsabilização frente a divisão de trabalho pelo provimento de recursos humanos, materiais/equipamentos, assistência multiprofissional, infraestrutura. A forma de trabalho considera o envolvimento e participação dos profissionais de todos os níveis nas discussões e tomada de decisão)</p> <p>A responsabilidade pelas divisões de atendimento abrange a infraestrutura, pessoal de Enfermagem, articulação e acompanhamento do processo de trabalho da equipe multidisciplinar</p> <p>Adhocracia divisionalizada: os gerentes intermediários participam do planejamento e execução da estratégia junto com a o vértice estratégico. Também são responsáveis pelo desempenho da divisão e alcance de metas e objetivos, fazem relatório baseados no planejamento estratégico da unidade o que foi alcançado o que precisa ser revisto, e plano de ação para alcance das mudanças. Este o mesmo mecanismo se estende aos trabalhadores das divisões que são avaliados e acompanhados em relação ao seu desempenho. Estas características refletem o caráter divisionalizado da estrutura.</p>

### **Poder formal centralizado; direção da autoridade**

Composto pelo G1, Secretaria de Enfermagem, Assessoria técnica de Enfermagem, Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem, Seção de Vinculação direta (Núcleo de Epidemiologia, CCIH, Gerência de Risco), Assessoria da Enfermagem no Controle de Recursos Materiais (Seção de Parecer Técnico), Comissão de Ética de Enfermagem

(Responsável pelo planejamento, execução e avaliação de todas as atividades que envolvam o serviço de Enfermagem de forma compartilhada; fornece apoio ou consultoria ao desenvolvimento das atividades dos gestores da linha hierárquica, bem como avalia e propõe ações para melhoria da qualidade da assistência; padroniza as atividades e define os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem; propõe soluções para problemas e faz interface com demais áreas do hospital; representação da equipe e dos profissionais diante de órgãos externos; padroniza as ações dos profissionais) (a Direção trabalha para o hospital)

### **Adhocracia: Desenvolve a estratégia com a linha hierárquica**

- O vértice estratégico, G2, G3 e G4 se reúnem para desenvolver projetos com gerentes do pessoal de apoio baseados no planejamento estratégico, a partir disso ações são levantadas para resolução de forma integrada com outras áreas
- Existe uma análise crítica, e ações de discussão com os gestores do SUS são realizadas, relacionada à discrepância dos valores pagos pelo SUS e os atendimentos realizados com necessidade de ajuste dos valores para benefício do cliente
- Ajustes no planejamento e qualidade da assistência de forma conjunta com linha hierárquica, gerentes e profissionais de outras áreas
- Relacionamento com órgãos externos, busca de recursos e desenvolvimento de estratégias para alavancar a assistência e otimizar os recursos recebidos
- Mobilização junto com outros dirigentes na busca de troca de experiência e discussão para aperfeiçoamento ou mudanças no modelo de gerenciamento que favoreça ou corresponda melhor as necessidades da organização

A Adhocracia: utiliza os analistas para a adaptação ao ambiente externo.

Reunião para definição organização interna para atender necessidades do mercado. Os quadros hierárquicos trabalham de forma integrada nos grupos de projetos, e tem responsabilidade especial de coordenação

Adhocracia

<p><b>Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades</b></p> <p>O centro operacional é composto por: enfermeiro (que desempenha a função de supervisor da unidade), técnico e auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem, técnico administrativo, auxiliar operacional</p> <p>(Envolvimento dos funcionários nas ações do serviço de Enfermagem e responsabilização dos mesmos sobre suas ações) (escuta dos problemas e democratização) (escalas de rodizio e revezamento) (alto índice de absenteísmo) (duplo vinculo e número alto de hora-extra)</p> <p>Burocracia profissional: Formado por trabalhadores qualificados para a função; pouco vinculo do trabalhador com a organização</p>
O PRINCIPAL MECANISMO DE COORDENAÇÃO
<p><b>Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores</b></p> <p>Adhocracia: A discussão dos projetos entre trabalhadores da linha hierárquica diferentes, com participação dos enfermeiros do centro operacional, embora não haja participação dos demais membros. A formação de grupos de trabalho e comitês permanentes, promovem o ajustamento mútuo</p>
<p><b>Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa</b></p> <p>Ocorre como complemento do mecanismo principal</p>
<p><b>O resultado do trabalho é especificado</b></p> <p>Ênfase no resultado</p> <p>Divisionalização: formalização e socialização do comportamento dos gerentes, supervisores das unidades e membros do centro operacional para controle de desempenho</p>
<p><b>As habilidades para o trabalho é especificado</b></p> <p>Não há ênfase. Atualização para atuar, conhecimento técnico científico, experiência</p>
<p><b>O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas</b></p> <p>Uso de procedimentos operacionais padrão, normas, resoluções, encontros científicos mensais, cursos longos e rápidos como estratégia para alcance de resultados</p>
ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS

**Organograma**

G1 está ligado a Superintendência

G2 Chefia de Divisão: Atendimento e Internamento

Divisão de Enfermagem em Imagem e Diagnostico; Divisão de Atendimento Ambulatorial; Divisão de Internamento; Divisão Materno-infantil; Divisão de Pronto-Socorro; Divisão de Terapia Intensiva Adulto; Divisão de Centro Cirúrgico e Centro de Material; Divisão de Educação e Pesquisa; Divisão de Enfermagem de Ambulatório de Especialidades do HU; Divisão de CTQ

G3 Encarregado de Seção

G4 Supervisor de Unidade

**Características da comunicação**

A comunicação é formalizada, respeitando um fluxo descendente

Burocracia:

CARACTERISTICAS DO POSTO DE TRABALHO

**Especialização vertical; horizontal**

Padronização assistência por meio do Procedimento, Estatuto, Regulamento, Normas e Rotinas, Regimentos e treinamentos formais

Burocracia profissional: formalização do comportamento do centro operacional

As atividades são divididas de acordo com a especialidade (habilidade) de cada enfermeiro, no sentido vertical e horizontal, respeitando suas habilidades.

Burocracia profissional: divisão do trabalho menos intensa, especializada tanto na dimensão vertical como na horizontal.

TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS

**Planejamento e controle; mecanismos de ligação**

O G1 realiza planejamento estratégico elaborado por cada unidade e monitoração do alcance das metas pactuadas

-planejamento das ações em consonância com a missão da organização e integrada às demais diretorias

-planejamento de ajustes do processo de trabalho e monitoramento da qualidade da assistência

-controle das ações técnicas realizado pelos profissionais

Não há no organograma enfermeiros gerentes de ligação

Burocracia profissional: Uso de mecanismos de ligação como os comitês

## DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO

### Descentralização vertical; horizontal

-Os G2 participam das reuniões semanais com G1 e alta direção para resolução dos problemas

-G1 faz reunião com G2 sistematicamente para monitorar o andamento dos setores e transmitir informações de sua participação nas reuniões com diretores bem como com os enfermeiros das áreas; G3 planejamento da escala de revezamento e de férias dos enfermeiros; gestar sobre o pessoal lotado em sua unidade; G4 representação do serviço diante de órgãos externos, realizar reuniões periódicas com a equipe

Assume a forma de um sistema de constelações de trabalho e que a posição de cada uma delas depende dos tipos de decisões funcionais que cada uma é obrigada a tomar. Cada constelação vai agregando gestores hierárquicos e especialistas funcionais a medida que depende da expertise deles para as decisões, ocorre então a descentralização seletiva tanto na dimensão horizontal (acontece de forma menos intensa com os técnicos e auxiliares de enfermagem e operacionais) como na vertical a medida que é concedido poder a estes profissionais

Reuniões decisórias esporádicas com demais trabalhadores:

G1 e todos os enfermeiros-trimestralmente

G1 e G3 e técnicos administrativos- semestralmente

G2, G3 com enfermeiros

(Participação nas discussões na elaboração de normas e rotinas de sua unidade de lotação e do planejamento estratégico)

Descentralização seletiva na dimensão vertical a medida que é concedido poder aos profissionais, porém este poder é partilhado de forma limitada com os operacionais.

Burocracia profissional: descentralização horizontal limitada

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora



## APÊNDICE 14 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 12B

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO (parte chave)
Devido à especificidade desta organização o centro operacional é constituído por profissionais, característica da burocracia profissional, o que coloca esta parte da organização em posição de destaque em relação às demais. Contudo a tecnoestrutura se apresenta elaborada, característica da burocracia mecanicista, o que indica a importância, também deste elemento para a organização
<p><b>Tecnoestrutura</b></p> <p>Enfermeira de Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Segurança do Paciente, Gestão de Treinamento, Serviço de Atendimento ao Cliente, Enfermeira da Auditoria</p> <p>Elaboração de normas, rotinas e programa de atividades para o centro operacional. A padronização, análise, realização dos protocolos/avaliação da assistência não é feita somente na tecnoestrutura, mas envolve o vértice estratégico, a linha hierárquica e o Centro operacional</p> <p>Burocracia profissional:</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>G2 Realizam capacitação, resolvem problemas sempre com o conhecimento do Gerente de Enfermagem, gerenciam a unidade sob sua responsabilidade, passam as informações elaboradas pela tecnoestrutura</p> <p>Burocracia mecanicista: formalização do comportamento, são elo de ligação entre analistas e gerencia de Enfermagem</p>
<p><b>Poder formal centralizado; direção da autoridade</b></p> <p>Composto pelo G1</p> <p>(Apoio aos enfermeiros na parte técnica e investimento no desenvolvimento deles para liderar) (Aquisição de equipamentos, dimensionamento, realizar escalas, seleção, capacitação, controle de custos, estoques, planejamento, em uma perspectiva de conjunto) (realiza e controle adesão nas capacitações)</p> <p>Burocracia mecanicista: centralização das decisões</p>

<p><b>Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades</b></p> <p>O centro operacional é composto por: enfermeiro pleno, enfermeiro <i>trainee</i>, técnico e auxiliar de enfermagem.</p> <p>Burocracia mecanicista: Distinção entre os operacionais e os funcionais. Devem acatar regras e regulamentos. Os profissionais não são remanejados, especialização da tarefa em que os profissionais executam sempre a mesma tarefa, ligada a um determinado posto de trabalho, não há ênfase na troca de equipe; talvez situação administrativa explique o alto índice de <i>turnover</i></p> <p>Burocracia profissional, em que as tarefas são simples, rotineiras e especializadas, mas exigem qualificação mais aprimorada do que na estrutura mecanicista</p>
<p><b>O principal mecanismo de coordenação</b></p>
<p><b>Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores</b></p> <p>Não há evidências de que isso acontece</p>
<p><b>Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa</b></p> <p>Ocorre, mas não há ênfase</p>
<p><b>O resultado do trabalho é especificado</b></p> <p>Não há evidência de ênfase no resultado</p>
<p><b>As habilidades para o trabalho é especificado</b></p> <p>Foco no conhecimento técnico, habilidade prática</p> <p>Burocracia profissional, espera-se que o profissional venha preparado para o exercício</p>
<p><b>O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas</b></p> <p>Uso de procedimentos operacionais padrão, rotinas, protocolos, regimentos, reuniões. As capacitações ocorrem, de forma sistematizada, acompanhada por indicador de 100% de adesão</p> <p>(Além das capacitações, os funcionários novos passam 1 semana de integração antes de ir para o setor)</p> <p>Burocracia: Formalização do comportamento</p>

<b>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS</b>
<p><b>Organograma</b></p> <p>G1 (01) está ligado a Diretor Administrativo  G2 (06) Supervisores e Responsáveis técnicos: PA, Ala 100, Ala 200, Ala 300, UTI Adulto, UTIN</p>
<p><b>Características da comunicação</b></p> <p>A comunicação é formalizada, respeitando um fluxo descendente</p> <p>Burocracia mecanicista:</p>
<b>CARACTERÍSTICAS DO POSTO DE TRABALHO</b>
<p><b>Especialização vertical; horizontal</b></p> <p>Padronização assistência por meio do: Regimentos (com descrição dois cargos), Normas e Rotinas, Procedimento Operacional Padrão</p> <p>A formalização do trabalho acontece nas duas burocracias. A diferença é que na profissional a socialização acontece no momento de formação do profissional, antes dele pertencer à organização</p> <p>As atividades são divididas de acordo com a especialidade (habilidade) de cada enfermeiro, no sentido vertical e horizontal, respeitando suas habilidades.</p> <p>Burocracia mecanicista:  Especialização- cada trabalhador executa sempre a mesma tarefa, ligada a um determinado posto de trabalho, não há mudanças de setores.</p> <p>Separação entre as funções de controle (concepção, decisão, planejamento, avaliação, acompanhamento, organização e das funções de execução- “quem faz, não controla, ou avalia os resultados, não concebe, não decide, não planeja, não programa, não organiza, não coordena</p>
<b>TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS</b>

### Planejamento e controle; mecanismos de ligação

O G1 realiza Planejamento curto e médio prazo em relação à gestão de pessoas (contratação, capacitação, dimensionamento), aquisição de equipamentos, monitoramento do atingimento das metas e indicadores pactuados

Burocracia mecanicista: busca pela melhor *performance*. Existe uma preocupação e esforço (controle) para o alcance de melhor desempenho da organização devido à cobrança dos órgãos financiadores, não há referência disso ser feito pela necessidade de qualificação da assistência

O G1\* e G2\* participam das comissões obrigatórias estabelecidas pela contratualização.

Não há no organograma enfermeiros gerentes de ligação. Burocracia mecanicista: Comitês permanentes e não matricial, a linha hierárquica é bem definida com clara definição das unidades de comando

### DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO

#### Descentralização vertical; horizontal

G1 realiza reuniões decisórias com G2. O G2 realiza dimensionamento de pessoal, controle infraestrutura de sua área de atuação, controlam o atingimento das metas pactuadas, gerenciam equipamentos com autoridade delegada pelo G1

Burocracia profissional: descentralização limitada

G1 realiza reuniões para resolução de conflitos com os enfermeiros. Os enfermeiros dos setores fazem solicitação de equipamentos, manutenção, organizam o ambiente de trabalho são responsáveis por capacitar sua equipe e devem acompanhar o atingimento de metas e indicadores pactuados

Burocracia profissional: descentralização limitada

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora

APÊNDICE 15 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 13H

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
<p><b>AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO</b> (parte chave)</p>
<p>A estrutura apresenta uma sede constituída pelo vértice estratégico, a tecnoestrutura responsável pela concepção e funcionamento do sistema de controle de desempenho e pelo pessoal de apoio. Abaixo do vértice encontram-se as divisões, que possuem em seu vértice estratégico os gerentes intermediarios com poder de decisão sobre a unidade sob seu comando, fator que indica a importancia da linha hierárquica para a organização. Outra força da estrutura é o centro operacional, formado por profissionais qualificados, característica da Burocracia profissional. Estes também tem poder de decisão de forma limita e em questões relacionadas à unidade/setor de trabalho. Destacam-se duas partes chaves nesta estrutura a linha hierárquica e o centro operacional</p>
<p><b>Tecnostructura</b></p> <p>Enfermeira de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Enfermeiro da Epidemiologia, Enfermeiro da Gestão da Qualidade,</p> <p>Estrutura divisionalizada: É formada por enfermeiros que exercem função de apoio logístico para o funcionamento das divisões e são responsáveis pelo controle de desempenho</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>G2 e G3. São enfermeiros que são gerentes das unidades ou setores e/ou lideres.</p> <p>(conversamos com os enfermeiros sobre as possibilidades e usamos projetos pilotos e avaliamos o que foi bom o que foi ruim, aprendemos com isso e tentamos encontrar a melhor solução e daí implementamos. Nós também precisamos usar Iso certificado, no final do ano eles vem avaliar a gente...trabalhamos sempre com planejamento estratégico. As discussões sempre atingem, na medida do possível, todos os niveis hierarquicos. É claro que a gente tem limites para esta participação, mas é sempre importante conversar com as pessoas) (cada setor tem seu próprio orçamento, eles dividem a gerencia do setor com o responsável médico, as definições de onde e como aplicar o orçamento é feito nas reuniões setoriais)</p> <p>Estrutura divisionalizada o vértice estratégico é composto pelos enfermeiros lideres. Autonomia das divisões: O planejamento estratégico das unidades gerenciais é voltado para as necessidades das unidades, novos projetos são discutidos dentro das unidades e validados pelo G1. Existem também discussões paralelas entre gerentes de outros setores quando o problema é comum.</p>

<p><b>Poder formal centralizado; direção da autoridade</b></p> <p>Composto pelo G1, secretaria</p> <p>(Eu falo com os gerentes intermediários, eu explico o que eles precisam para organizar o trabalho com a equipe, sobre os problemas que eles têm, sobre as necessidades da equipe, se eles precisam de capacitação, se eles estão precisando de alguma ajuda específica com o setor. Eu também converso com o médico líder do setor, nós fazemos planejamento juntos. É muito diversificada as funções do meu trabalho, eu vou no setor para ver o que acontece lá, mas para mim o pessoal mais importante são as enfermeiras gerentes e líderes)</p> <p>Estrutura divisionalizada: posição como sede administrativa das unidades/setores gerenciais. Faz-se a determinação da estratégia numa perspectiva de conjunto; assegura-se o planejamento estratégico. Presença na sua composição de especialistas funcionais. Identificação, formação e socialização do conhecimento como os gerentes das unidades/setores gerenciais; gerenciamento do pessoal</p>
<p><b>Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades</b></p> <p>O centro operacional é composto por: enfermeiro bacharelados, enfermeiros especializados, assistentes</p> <p>Burocracia profissional: Formado por trabalhadores qualificados para a função</p>
<p>O PRINCIPAL MECANISMO DE COORDENAÇÃO</p>
<p><b>Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores</b></p> <p>Incentivo ao ajustamento mútuo pela formação de grupos de trabalho e comitês permanentes</p>
<p><b>Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa</b></p> <p>Ocorre como complemento do mecanismo principal</p>
<p><b>O resultado do trabalho é especificado</b></p> <p>(Nós treinamos as enfermeiras, agora nós temos que registrar se todos eles receberam educação, nós usamos os protocolos para treinar e a cada 1-2 anos alguém checa se eles estão fazendo adequadamente. Nós fazemos um acompanhamento de desempenho dos profissionais, é um trabalho enorme. Os pacientes também dizem se eles estão trabalhando bem)</p> <p>Ênfase nos resultados alcançados pelas unidades funcionais</p> <p>Estrutura divisionalizada: formalização e socialização do comportamento dos gerentes, enfermeiros líderes das unidades/setores e membros do centro operacional para controle de desempenho</p>

<b>As habilidades para o trabalho é especificado</b>
Voltadas para atualização do conhecimento técnico-científico
<b>O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas</b>
Uso de procedimentos operacionais padrão, protocolos, cursos como estratégia para alcance de resultados. Existe também uma equipe de analistas que avaliam a habilidade/competencia para o trabalho do centro operacional e se estão dentro do que a organização espera para o alcance dos objetivos organizacionais
<b>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS</b>
<b>Organograma</b>
G1 Responde Ao Conselho Administrativo/ G2 Coordenador de Unidade/ G3 Enfermeiro Assistencial
A Setor é administrado por 1 enfermeiro e 1 médico
<b>Características da comunicação</b>
(se precisam que uma informação chegue na ponta eu entro em contato diretamente com eles, ou eu peço que as secretarias vão lá ou mande um email)
A informação circula de forma informal
<b>CARACTERÍSTICAS DO POSTO DE TRABALHO</b>
<b>Especialização vertical; horizontal</b>
(eu acompanho os gerentes/líderes e vejo o que e como eles estão fazendo, oriento, discuto com eles e ajudo a resolver os problemas)
Estrutura divisionalizada: formalização e socialização do comportamento dos gerentes, líderes das unidades e membros do centro operacional para controle de desempenho
As atividades são divididas de acordo com a especialidade (habilidade) de cada enfermeiro, no sentido vertical e horizontal, respeitando suas habilidades.
Burocracia profissional: divisão do trabalho menos intensa, especializada tanto na dimensão vertical como na horizontal
<b>TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS</b>

### Planejamento e controle; mecanismos de ligação

(oriento os enfermeiros gerentes e líderes das unidades/setores) (o planejamento estratégico dos setores é alinhado ao da alta direção) (Nós temos um modelo e todos as metas estão ali, a cada 3 meses o departamento próprio (boureu) envia as informações sobre isso e monitora os resultados do setor, então eu sei o quanto estou longe ou não dos meus objetivos. Nós temos um modelo para isso, que contém o recursos financeiros, a gestão de pessoas e número de pacientes, educação e então nós sabemos aonde temos que fazer os ajustes. Se alguns indicadores estão muito baixos nós conversamos com o pessoal e tentamos motivá-los e conversamos porque não atingimos nosso alvo, os problemas relacionados a isso, precisamos motivá-los porque o alvo não é deles, mas do governo ou meu)

O G1 realiza planejamento estratégico alinhado as metas da organização e ações relacionadas aos objetivos do hospital realizado em conjunto com os gerentes, diretorias e trabalhadores do centro operacional, sendo que cada unidade funcional (divisão) elabora as metas que o Plano de trabalho para atingimento das metas desenhadas

Controle pelo vértice estratégico do desempenho (alcance dos resultados)

Uso de mecanismos de ligação como os comitês obrigatórios, porém não há enfermeiros de ligação ou evidência de estrutura matricial

### DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO

#### Descentralização vertical; horizontal

(O gerente/líder de unidade/setor pode vir aqui ou ver as possibilidades comigo. Normalmente quando alguém da equipe precisa de alguma coisa eles vão para as enfermeiras gerentes e se for necessário elas me contatam para conversar sobre isso, talvez eu dê conselhos para eles depende do questionamento, às vezes os questionamentos são difíceis, a gente precisa conversar sobre isso e encontrar a melhor solução)

(Temos reunião 1 vez por semana 2 horas de reunião e ali conversamos sobre muitas coisas)

(Eu trabalho junto com as enfermeiras líderes e com os líderes dos setores... As discussões sempre atingem, na medida do possível, todos os níveis hierárquicos. É claro que a gente tem limites para esta participação, mas é sempre importante conversar com todas as pessoas)

Reuniões semanais com enfermeiros das unidades assistenciais e participação de forma sistemática/ Descentralização vertical e horizontal limitada; uso de mecanismos de democratização.

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora



APÊNDICE 16 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 14H

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
<p><b>AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO</b> (parte chave)</p>
<p>A estrutura apresenta uma sede constituída pelo vértice estratégico, a tecnoestrutura responsável pela concepção e funcionamento do sistema de controle de desempenho e pelo pessoal de apoio. Abaixo do vértice encontram-se as divisões, que possuem em seu vértice estratégico os gerentes intermediarios com poder de decisão sobre a unidade sob seu comando, fator que indica a importancia da linha hierárquica para a organização. Outra força da estrutura é o centro operacional, formado por profissionais qualificados, característica da Burocracia profissional. Estes também tem poder de decisão de forma limita e em questões relacionadas a unidade/setor de trabalho. Destacam-se duas partes chaves nesta estrutura a linha hierárquica e o centro operacional</p>
<p><b>Tecnostructura</b></p> <p>Enfermeira Especialista em finanças, Enfermeiro da Especialista em Doenças Crônicas, Enfermeira Especialista em Desenvolvimento de Pessoas</p> <p>Estrutura divisionalizada: É formada por enfermeiros que exercem função de apoio logístico para o funcionamento das divisões e são responsáveis pelo controle de desempenho</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>G2 e G3. São enfermeiros que são gerentes das unidades/setores e/ou lideres.</p> <p>(eles decidem sobre orçamentos, desenvolvimento de planejamento estratégico de médio e longo prazo de acordo com a visão/diretrizes da organização em conjunto com colegas de trabalho enfermeiros e gerentes de outras áreas que pertencem ao setor. O setor/unidade tem seus próprios alvos a serem atingidos) (dimensionamento de pessoal com controle dos plantões de trabalho que podem variar de 1, 2, 3 dia/semana) (gerenciamento de leitos) (regulam quantitativo de medicamentos/equipamentos/materiais e reparos de suas unidades/setores) (cada coordenação realiza determinadas atividades um é responsável pelas atividades de ensino que temos aqui. O outro é responsável pela previsão e provisão e o outro no gerenciamneto de pessoas) (eo investimento do setor como e onde depende deles, se tem dúvidas podem contar com a equipe de invetimento do hospital) (contratação de pessoas desde que esteja dentro do orçamento) (ele deve controlar como as pessoas estão fazendo o trabalho e os indicadores assistenciais e gerenciais)</p> <p>Estrutura divisionalizada o vértice estratégico é composto pelos enfermeiros lideres. Autonomia das divisões: O planejamento estratégico das unidades gerenciais é voltado para as necessidades das unidades, novos projetos são discutidos dentro das unidades e validados pelo G1.</p>

<p><b>Poder formal centralizado; direção da autoridade</b></p> <p>Composto pelo G1, secretaria</p> <p>(eu estimo a equipe a trabalhar de forma transparente, flexível e não convencional) (seleção de pessoal) (acompanhamento da capacitação para o trabalho) (sou responsável pelo planejamento estratégico baseado nos que os meus superiores desejam, mas também o que o pessoal operacional precisa) (faço avaliação dos funcionários, dou <i>feedback</i> e também recebo) (se tenho funcionários com problemas de saúde desenvolvo junto com o médico do trabalho um programa para retomada dele novamente no setor) (responsabilidade e controle sobre o orçamento das unidades) (reunião com a equipe)</p> <p>Estrutura divisionalizada: posição como sede administrativa das unidades/setores gerenciais. Faz-se a determinação da estratégia numa perspectiva de conjunto; assegura-se o planejamento estratégico. Presença na sua composição de especialistas funcionais. Identificação, formação e socialização do conhecimento como os gerentes das unidades/setores gerenciais; gerenciamento do pessoal</p>
<p><b>Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades</b></p> <p>O centro operacional é composto por: enfermeiro bacharelados, enfermeiros especializados, assistentes de alimentação e cuidados básicos, ajudantes de cozinha</p> <p>Burocracia profissional: Formado por trabalhadores qualificados para a função</p>
<p>O PRINCIPAL MECANISMO DE COORDENAÇÃO</p>
<p><b>Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores</b></p> <p>Incentivo ao ajustamento mútuo pela formação de grupos de trabalho e comitês permanentes</p>
<p><b>Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa</b></p> <p>Ocorre como complemento do mecanismo principal</p>
<p><b>O resultado do trabalho é especificado</b></p> <p>(reuno com a equipe e explico aonde temos que chegar, incentivo o alcance dos resultados, avaliamos o que deu certo e o que precisa mudar, fazemos projeto piloto e controlamos os números)</p> <p>Ênfase nos resultados alcançados pelas unidades funcionais</p> <p>Estrutura divisionalizada: formalização e socialização do comportamento dos gerentes, enfermeiros líderes das unidades/setores e membros do centro operacional para controle de desempenho</p>

<b>As habilidades para o trabalho é especificado</b>
Voltadas para atualização do conhecimento técnico-científico
<b>O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas</b>
Uso de procedimentos operacionais padrão, protocolos, fluxos. (Os funcionários novos recebem um livro com todos os protocolos, rotinas, o que se realiza nos setores e o ele pode fazer ou não)
<b>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS</b>
<b>Organograma</b>
G1 Responde Aos Diretores de reabilitação e cuidados de saúde/ G2 Chefe de Enfermagem/ G3 Enfermeiro lider/ G4 Enfermeiro Assistencial
O Setor/unidade é administrado por 1 enfermeiro e 1 médico
<b>Características da comunicação</b>
(usamos cartas enviadas para endereço domiciliar, emails, reuniões trimestrais, reunião semestral para avaliação das estratégias, de que forma são usadas e avaliadas o que deu certo e o que não)
A informação circula de forma formal e informal
<b>CARACTERÍSTICAS DO POSTO DE TRABALHO</b>
<b>Especialização vertical; horizontal</b>
(os gerentes/líderes são acompanhados nas atividades que se espera que eles realizem, eles possuem um consultor que orienta como fazer gestão de pessoas, envolver e motivar a equipe para o trabalho e no alcance dos resultados dos indicadores da unidade/setor)
Estrutura divisionalizada: formalização e socialização do comportamento dos gerentes, líderes das unidades e membros do centro operacional para controle de desempenho
As atividades são divididas de acordo com a especialidade (habilidade) de cada enfermeiro, no sentido vertical e horizontal, respeitando suas habilidades.
Burocracia profissional: divisão do trabalho menos intensa, especializada tanto na dimensão vertical como na horizontal
<b>TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS</b>

### Planejamento e controle; mecanismos de ligação

(controle do planejamento estratégico de cada unidade/setor) (acompanhamento do alcance de resultados de cada setor relacionados à qualidade da assistência, aos aspectos educacionais e necessidades de capacitação, na aplicação do investimento, na quantidade de pessoas trabalhando para não haver pessoas ociosas)

O G1 realiza planejamento estratégico alinhado as metas da organização e ações relacionadas aos objetivos do hospital realizado em conjunto com os gerentes, diretorias e trabalhadores do centro operacional, sendo que cada unidade funcional (divisão) elabora as metas que o Plano de trabalho para atingimento das metas desenhadas

Controle pelo vértice estratégico do desempenho (alcance dos resultados)

Uso de mecanismos de ligação como os comitês obrigatórios, porém não há enfermeiros de ligação ou evidência de estrutura matricial

### DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO

#### Descentralização vertical; horizontal

(as decisões são realizadas nos setores, as diferentes opiniões e ideias são consideradas, os coordenadores podem decidir até um certo ponto, mas o gerente da unidade/setor toma a decisão final e comunica o vértice estratégico)

Descentralização vertical e horizontal limitada; uso de mecanismos de democratização.

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora

APÊNDICE 17 – QUADRO DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PESQUISADO – CASO 15H

DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
AS PARTES DA ORGANIZAÇÃO (parte chave )
A Adhocracia administrativa, funciona com grupo de projetos (composta pelo vértice estratégico, linha hierárquica e pessoal de apoio), que trabalha em função da organização (serve a si mesma), e separa o componente administrativo (estruturada como uma Adhocracia) do centro operacional (estruturada como uma Burocracia profissional). Destaca-se nesta estrutura duas partes chaves: a linha hierárquica e o centro operacional
<p><b>Tecnoestrutura</b></p> <p>Enfermeira de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar</p> <p>Tecnoestrutura não elaborada, própria da Adhocracia administrativa em que não há tanta necessidade do uso da standardização para coordenar as atividades, por isso tem pouca necessidade da tecnoestrutura para desenvolver os sistemas de regulação</p>
<p><b>Linha de gerentes que avaliam e coordenam o trabalho</b></p> <p>(os chefes de enfermagem realizam a organização e acompanhamento das atividades de trabalho da Enfermagem, gerenciamento de leitos, dimensionamento de pessoal, líder das questões operacionais como escalas de trabalho, gerenciamento dos recursos financeiros, desenvolve projetos, ensina como gerenciar para os membros mais novos da equipe, avaliação e reuniões com os funcionários, capacitação)</p> <p>Trabalham em grupo de projetos.</p> <p>(os projetos acontecem desta forma, nos reunimos para implementação de algo novo com pessoas de todos os setores do hospital e nível diferenciado de autoridade, a organização designa um coordenador deste projeto. Existem projetos de curto prazo, as pessoas se reúnem depois de acabado o grupo se desfaz, existe projetos de longo prazo também)</p> <p>Foco nas mudanças do ambiente externo, própria da Adhocracia administrativa: Utiliza os analistas (coordenadores, pessoal de apoio) para a adaptação ao ambiente externo. Formulação e execução da estratégia</p>

**Poder formal centralizado; direção da autoridade**

Composto por G1, chefe de enfermagem e secretárias

(eu controle o orçamento e planejamento estratégico, trabalho em forma de projetos voltados pensando no que está contecendo fora do hospital, gestão de pessoas devido a falta de pessoal e custos faz controle rigoroso de dimensionamento).

A adhocracia administrativa tende a concentrar a sua atenção sob um número mais pequeno de projetos envolvendo efetivos mais importantes ou chave para desenvolvimento do trabalho em grupo. Assume a forma de um sistema de constelações de trabalho e que a posição de cada uma delas depende dos tipos de decisões funcionais que cada uma é obrigada a tomar. Importância para assegurar a ligação com o ambiente externo; reunião para definição organização interna para atender necessidades do mercado. Os quadros hierárquicos trabalham de forma integrada nos grupos de projetos, e tem responsabilidade especial de coordenação

**Os trabalhadores que tem contato direto com a realização das atividades**

O centro operacional é composto por: enfermeiros registrados, enfermeiros especializados, assistentes de alimentação e cuidados básicos, ajudantes de cozinha

Burocracia profissional: Formado por trabalhadores qualificados para a função

O PRINCIPAL MECANISMO DE COORDENAÇÃO

**Ajustes espontâneos no processo de trabalho entre os trabalhadores**

Incentivo ao desenvolvimento do trabalho em forma de grupo

Discussão dos projetos entre trabalhadores da linha hierárquica diferentes, sem participação do centro operacional

Adhocracia administrativa: Dada relativa importância ao ajustamento mutuo, mas não é algo espontâneo, são criados grupos de trabalho

**Monitoramento do processo de trabalho por uma pessoa**

Não há ênfase na supervisão direta

**O resultado do trabalho é especificado**

Não há ênfase no resultado

<p><b>As habilidades para o trabalho é especificado</b></p> <p>Foco no conhecimento técnico adquirido pela formação e acumulado pela experiência na organização e na habilidade voltada para o atendimento da missão da instituição, na humanização do cuidado e do cuidador- paciente como foco das ações e trabalhador com ambiente familiar para execução do trabalho</p> <p>Burocracia profissional: estandardização das qualificações</p>
<p><b>O conteúdo do trabalho é padronizado e formalizado por meio de regras e rotinas</b></p> <p>Formado por profissionais qualificados</p> <p>Burocracia profissional: formalização do comportamento</p>
<p><b>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FLUXOS</b></p>
<p><b>Organograma</b></p> <p>Organograma esquematizado. Existe um conselho diretor o G1 está ligado a dois diretores assistenciais, no nível 2 estão os G2 gerente (03), G3 chefes de Enfermagem</p>
<p><b>Características da comunicação</b></p> <p>A informação circula de forma formal e informal (reuniões com cronograma, emails, boletins).</p>
<p><b>Características do posto de trabalho</b></p>

Especialização vertical; horizontal

Participação de cursos, workshops e em programa de desenvolvimento de competências

As atividades são divididas de acordo com a especialidade (habilidade) de cada enfermeiro, no sentido vertical e horizontal, respeitando suas habilidades.

Burocracia profissional: formalização do comportamento do centro operacional, divisão do trabalho menos intensa, especializada tanto na dimensão vertical como na horizontal.

#### TIPO DE LIGAÇÕES LATERAIS

Planejamento e controle; mecanismos de ligação

O G1 realiza planejamento estratégico alinhado as metas da organização:

O vértice exerce função de controle: nos prazos e desenvolvimento de ações para atingimento de metas

Os G1, G2 e G3 participam das comissões obrigatórias. Não há no organograma enfermeiros gerentes de ligação

Burocracia profissional: Uso de mecanismos de ligação além dos exigidos pelas políticas públicas.

#### DESENHO DO SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO



## Descentralização vertical; horizontal

Vertical – Os G2 e G3 participam das reuniões com G1 e auxiliam na resolução dos problemas, porém existe participação dos demais profissionais de forma limitada

Assume a forma de um sistema de constelações de trabalho em que a posição de cada uma delas depende dos tipos de decisões funcionais que cada uma é obrigada a tomar. Cada constelação vai agregando gestores hierárquicos e especialistas funcionais a medida que depende da expertise deles para as decisões, ocorre então a descentralização seletiva tanto na dimensão horizontal como na vertical a medida que é concedido poder a estes profissionais.

Descentralização seletiva tanto na dimensão vertical a medida que é concedido poder aos profissionais, porém este poder é partilhado de forma limitada com os operacionais.

Burocracia profissional – descentralização horizontal limitada

G= gerente

- fonte:entrevista
- fonte:documentos
- interpretação da pesquisadora