

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ADRIZE RUTZ PORTO

**PROATIVIDADE DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PÚBLICO**

**Porto Alegre
2016**

ADRIZE RUTZ PORTO

**PROATIVIDADE DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PÚBLICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho

Orientadora: Prof. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol

**Porto Alegre
2016**

CIP - Catalogação na Publicação

Porto, Adrize Rutz

Proatividade de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário público /
Adrize Rutz Porto. -- 2016.

129 f.

Orientadora: Clarice Maria Dall'Agnol.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Gestão em saúde. 2. Liderança. 3. Serviço hospitalar de enfermagem. 4. Proatividade.
I. Dall'Agnol, Clarice Maria , orient. II. Título.

ADRIZE RUTZ PORTO

Proatividade de Trabalhadores de Enfermagem em um Hospital Universitário Público.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 18 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Daiane Dal Pai

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves

Membro – UFSM



Profa. Dra. Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos meus pais, **Adriano e Zeni**, pelo incentivo e apoio incondicional para o meu desenvolvimento profissional.

Agradeço ao meu noivo, **Márcio**, pela ajuda, paciência e compreensão nos momentos que foram necessários para minha dedicação a esse trabalho.

Agradeço ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade de aprendizado.

Agradeço também ao órgão financiador **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul** (FAPERGS), que no início do curso de doutorado, possibilitou auxílio com bolsa de estudos.

Agradeço aos **colegas da Faculdade de Enfermagem** da Universidade Federal de Pelotas pelo afastamento para a realização de parte da minha pós-graduação e proporcionar o suporte necessário que me permitiu trabalhar e estudar.

A minha orientadora, **Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol**, obrigada por toda dedicação na minha formação profissional e pelos ensinamentos proporcionados por sua orientação no desenvolvimento da tese e do estágio de docência orientada, bem como por ser um exemplo de docente competente.

Às **Profas. Dras. Daiane Dal Pai, Eliane Tatsch Neves, Gisela Maria Schebella Souto de Moura e Isabel Cristina de Oliveira Arrieira** por aceitarem participar da banca de avaliação do trabalho e pelas contribuições que enriqueceram essa tese.

Aos **colegas do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem** (NEGE) pelos aprendizados e apoio constante.

Agradeço aos **colegas Adriana, Andréia, Dagmar, Elisiane, Erick, Fabiana, Ivete** pelo coleguismo e tornar esse processo coletivo de estudos, um momento prazeroso e de amizades.

Ao **Hospital Escola** da Universidade Federal de Pelotas que possibilitou a realização da pesquisa e em especial aos **trabalhadores de enfermagem** participantes do estudo, que compartilharam um pouco de si para com esse trabalho. Muito obrigada!

Agradeço aos colegas **Bruno Nunes, Clause Piana e Aline Neutzling** pelas contribuições com a assessoria estatística.

À **Bianca P. dos Santos**, muito obrigada pela colaboração na coleta de dados dos grupos focais.

Agradeço as colegas de trabalho e pesquisa **Maira Thofehr** e **Simone Amestoy** que me mostraram o caminho científico e sempre me incentivaram na continuidade dos estudos.

Obrigada colegas e amigas recém-doutoras e quase-doutoras **Beatriz, Deisi, Fernanda, Juliana Z., Michele B., Patrícia, Stefanie, Sidnéia e Teila** pela rede de apoio na Faculdade de Enfermagem nesse processo de doutoramento.

Agradeço as professoras colegas de componente curricular **Roxana, Beatriz, Celeste, Janaína, Luciane e Valéria** pelo coleguismo e compreenderem esse processo de estudar e trabalhar. Agradecimento especial a **Gabriela de Souza** pela amizade e parceria de trabalho.

Agradecimento especial a amiga enfermeira **Neizy**, que é muito importante desde a graduação e foi para a realização do curso de doutorado, acolhendo-me e sendo minha família em Porto Alegre, junto ao seu marido **Juliano**.

À amiga **Bárbara** por sempre me incentivar ao crescimento pessoal e profissional.

E a todos que colaboraram para a concretização desse trabalho! Muito obrigada!

RESUMO

PORTO, Adrize Rutz. **Proatividade de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário público**. 2016. 129 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

A proatividade consiste em agir antecipadamente diante dos acontecimentos vivenciados pelos indivíduos no seu ambiente de trabalho, o que envolve conhecer e enfrentar as dificuldades no coletivo grupal. O objetivo geral do estudo consistiu em analisar a proatividade dos trabalhadores de enfermagem num hospital universitário público. Desse eixo, desdobraram-se objetivos específicos: mensurar o grau de proatividade dos trabalhadores de enfermagem; identificar fatores socioprofissionais intervenientes na proatividade; explorar aspectos que (i)mobilizam os trabalhadores para a atuação proativa; e construir estratégias com os trabalhadores para desenvolver a proatividade no trabalho. Em Paulo Freire, encontrou-se o manancial crítico-reflexivo para iluminar a questão de estudo. A pesquisa foi aprovada na Plataforma Brasil, sob o parecer número 1.016.225 e foi desenvolvida no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Adotou-se método misto sequencial explanatório, em duas etapas, tendo coletado dados entre abril a outubro de 2015. Na primeira, de abordagem transversal, participaram 347 trabalhadores de enfermagem mediante preenchimento de um questionário composto de dados socioprofissionais e da Escala de Comportamentos Proativos na Organização, em versão reduzida. Os resultados parciais da abordagem quantitativa constituíram-se nos disparadores dos debates na segunda etapa da pesquisa. Houve dois encontros de grupos focais com cinco e seis profissionais de enfermagem, respectivamente, oriundos das unidades de internação. A estatística descritiva e inferencial subsidiou a análise dos dados quantitativos, considerando significativa a relação entre variáveis com $p \leq 0,05$. Os dados oriundos da etapa qualitativa foram submetidos à análise temática. A média de proatividade da enfermagem do hospital foi 3,62 ($\pm 0,72$), caracterizando percepção fortemente proativa ($>3,5$) dos trabalhadores. No modelo de regressão linear houve diferença estatisticamente significativa entre a proatividade e as variáveis idade, quantidade de filhos, categoria profissional, turno de trabalho e tempo de atuação no hospital, explicando 16% da variância. Nas unidades de internação, a idade ($p=0,006$) e o tempo de atuação ($p=0,004$) foram preditoras que explicaram 14% da variância da proatividade. No grupo focal, os participantes sinalizaram que as peculiaridades individuais influenciam na proatividade, a exemplo dos trabalhadores mais jovens que são motivados a serem proativos no trabalho pelo desejo de constituir família e adquirir bens. Em relação às equipes, sobressaiu no debate uma sensação de divisão desigual de tarefas entre os turnos, alegando maior sobrecarga de trabalho no diurno. Também, foi pontuado que a rotatividade de pessoal interfere negativamente no tempo de familiarização entre os profissionais para serem propositivos e terem iniciativa. Falhas de comunicação e expectativa de resolução dos problemas projetada nos outros, na gerência e no enfermeiro enquanto chefia imediata, são entraves à proatividade. No entanto, a liderança proativa do enfermeiro e a empatia pelo paciente impulsionam os trabalhadores a serem mais proativos. Estratégias foram pensadas pelo grupo, realçando a importância da implementação de protocolos assistenciais, reuniões periódicas para exercício do diálogo e sistematização contínua da avaliação de desempenho. A expectativa dos profissionais de enfermagem concentra-se numa estrutura mínima de organização para que possam proativamente colocar em prática melhorias no trabalho.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Liderança. Serviço hospitalar de enfermagem. Equipe de enfermagem. Administração em Enfermagem. Proatividade.

ABSTRACT

PORTO, Adrize Rutz. **Proactivity of nursing workers in a public university hospital**. 2016. 129 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Proactivity refers to acting in advance to changes or events experienced by individuals in the workplace, it involves knowing and facing difficulties in the group. The overall objective of the study was to analyze the proactivity of nursing workers in a public university hospital. Thus, the specific objectives were: to measure the level of proactivity of the nursing staff; to identify social and professional factors that can interfere in proactivity; to explore aspects that (i) mobilize nursing workers towards being proactive; and to develop strategies with the nursing staff to promote proactiveness at work. Paulo Freire's work is a critical source that contributed significantly to this study. This research was approved in Plataforma Brasil – number 1.016.225 – and was developed at the Hospital Escola of the Federal University of Pelotas with the participation of nurses, nursing technicians and nursing assistants. A mixed-methods sequential explanatory research design was used in two phases, and the data were collected from April to October 2015. The first phase presented a cross-section approach, in which 347 nursing workers participated by filling out a questionnaire consisting of social-professional data and the Proactive Behavior in Organizations Scale in reduced version. The partial results of the quantitative approach triggered discussions in the second phase of the research. Two meetings with focal groups took place: one with five and one with six nursing workers from the inpatient units. Descriptive and inferential statistics enabled the quantitative data analysis, and the relationship between variables achieved significance, with $p \leq 0,05$. Data from the qualitative phase were submitted to thematic analysis. The mean proactivity of the hospital's nursing staff was 3,62 ($\pm 0,72$), meaning strongly proactive perception ($> 3,5$) of workers. The linear regression analysis showed statistically significant difference between proactivity and the variables of age, number of children, professional category, work shift and years working in the hospital, what explains 16% of the variance. In the inpatient units, age ($p=0,006$) and years working in the hospital ($p=0,004$) were predictors that explained 14% of the variance of proactivity. In the focal group, participants stated that the individual peculiarities influence the proactivity, for example the younger professionals who are motivated to be proactive at work since they plan to start a family and buy goods. Regarding the teams, during the debate a sense of unequal division of labor between teams (night/day shift) was brought, with increased workload during the day. In addition, it was said that the staff turnover negatively affects the familiarization between professionals and, consequently, interferes in their willingness to be active and have initiative. The miscommunication and the expectation that others – nurses and managers – will solve the problems are obstacles to proactivity. However, the proactive leadership of nurses and empathy for the patient drive workers to be more proactive. Strategies were designed by the group, highlighting the importance of implementing care protocols, regular meetings to improve communication and continuous systematic performance evaluation. The expectation of nursing professionals focuses on a minimal organizational structure so that they can proactively implement improvements at work.

Keywords: Health management. Leadership. Nursing service hospital. Nursing team. Nursing administration. Proactivity.

RESUMEN

PORTO, Adrize Rutz. **La proactividad de los trabajadores de enfermería en un hospital universitario público**. 2016. 129 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

La proactividad consiste en actuar anticipadamente frente a los acontecimientos vivenciados por individuos en su ambiente laboral, lo que implica conocer y afrontar a las dificultades en el colectivo. El objetivo del estudio fue analizar la proactividad de los trabajadores de enfermería en un hospital universitario público. De este eje, se desplegaron los objetivos específicos: medir el grado de proactividad de los trabajadores de enfermería; identificar los factores socioprofesionales que intervienen en la proactividad; explorar los aspectos que (i)movilizan a los trabajadores para la acción proactiva; y construir estrategias con los trabajadores para desarrollar la proactividad. En Paulo Freire, se reunió el manantial crítico y reflexivo para iluminar la investigación. El estudio fue aprobado en el Plataforma Brasil - número 1.016.225, y se desarrolló en el Hospital Escuela de la Universidad Federal de Pelotas con enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería. Se adoptó el método mixto exploratorio, habiendo recogido los datos entre abril a octubre de 2015. En la primera etapa, de enfoque transversal, participaron 347 trabajadores de enfermería al rellenar un cuestionario compuesto por datos socioprofesionales y de la Escala reducida de Comportamientos Proactivos en la Organización. Los resultados del enfoque cuantitativo se constituyeron en los disparadores de los debates en la segunda etapa. Se celebraron dos reuniones de grupos focales con cinco y seis profesionales de la enfermería procedentes de las unidades de internación. La estadística descriptiva e inferencial subsidió en el análisis de los datos cuantitativos. Los datos cualitativos fueron sometidos a análisis temático. La media de proactividad de la enfermería del hospital fue de 3,62 ($\pm 0,72$), caracterizando una percepción fuertemente proactiva de los trabajadores. En el modelo de regresión lineal hubo diferencia estadísticamente significativa entre la proactividad y las variables edad, cantidad de hijos, categoría profesional, turno de trabajo y tiempo de actuación en el hospital, lo que explica el 16% de la varianza. En las unidades de internación, la edad ($p=0,006$) y el tiempo de actuación ($p=0,004$) explicaron el 14% de la varianza de la proactividad. En el grupo focal, los participantes señalaron que los trabajadores más jóvenes que están motivados para ser más proactivos en el trabajo por el deseo de formar una familia y de comprar bienes. En relación a los equipos, sobresalió en el debate una sensación de distribución desigual de tareas entre los turnos, alegando una mayor carga de trabajo durante el día. También, fue puntuado que la rotación del personal afecta negativamente al tiempo de familiarización entre los profesionales para que tengan iniciativa. Fallas en la comunicación y la expectativa de resolver los problemas proyectada sobre la gestión y el enfermero son obstáculos para la proactividad. Ya el liderazgo del enfermero y la empatía por el paciente impulsan la proactividad. Estrategias fueron pensadas, realizando la implementación de protocolos asistenciales, reuniones periódicas para el ejercicio del diálogo y sistematización continua de la evaluación del desempeño. La expectativa de los profesionales de enfermería se concentra en una estructura mínima de organización para que puedan poner en práctica las mejoras del trabajo proactivamente.

Palabras clave: Gestión en salud. Liderazgo. Servicio de enfermería en hospital. Grupo de enfermería. Administración en enfermería. Proactividad.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema-síntese das principais características de indivíduos proativos, com base na literatura consultada.....	29
Figura 2	Esquema conceitual, com base na perspectiva freiriana, que aporta o desenvolvimento de equipes de enfermagem proativas no trabalho.....	40
Figura 3	Preditores da proatividade dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola: dados da pesquisa. Pelotas, 2015	67
Figura 4	Preditores da proatividade dos trabalhadores de enfermagem das unidades de internação do Hospital Escola: dados da pesquisa. Pelotas, 2015.	68
Figura 5	Resultados parciais dos questionários como disparadores dos debates no encontro 1 do grupo focal. Unidades de internação do Hospital Escola: dados da pesquisa. Pelotas, 2015.....	118
Figura 6	Resultados parciais dos questionários como disparadores dos debates no encontro 2 do grupo focal. Unidades de internação do Hospital Escola: dados da pesquisa. Pelotas, 2015.....	118

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola, segundo variáveis socioprofissionais. Pelotas, 2015.....	53
Tabela 2	Escores Médios do Comportamento Proativo dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola. Pelotas, 2015.....	56
Tabela 3	Graus de proatividade dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola. Pelotas, 2015	58
Tabela 4	Análise das relações entre as variáveis socioprofissionais e a proatividade dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola. Pelotas, 2015.....	59
Tabela 5	Análise bruta e ajustada de aspectos laborais com o escore de proatividade dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola. Pelotas, 2015.....	62
Tabela 6	Análise bruta e ajustada de aspectos laborais com o escore de proatividade dos trabalhadores de enfermagem das unidades de internação do Hospital Escola. Pelotas, 2015.....	62
Tabela 7	Análise bruta e ajustada dos escores de proatividade com as variáveis socioprofissionais dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola. Pelotas, 2015.	64
Tabela 8	Análise bruta e ajustada dos escores de proatividade com as variáveis socioprofissionais dos trabalhadores de enfermagem das unidades de internação do Hospital Escola. Pelotas, 2015.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese dos resultados das unidades de internação do Hospital Escola.....	99
----------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
BDENF	Banco de Dados da Enfermagem
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COMPESQ	Comissão de Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
E	Enfermeiro
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECPO	Escala de Comportamento Proativos nas Organizações
ECPO_R	Escala de Comportamento Proativos nas Organizações versão Reduzida
EENF	Escola de Enfermagem
EUA	Estados Unidos da América
FAPERGS	Fundação de Apoio à Pesquisa do Rio Grande do Sul
FAU	Fundação de Apoio Universitário
GF	Grupo Focal
HE	Hospital Escola
IC	Intervalo de Confiança
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe
MEDLINE	<i>Medical Literature and Retrivial System OnLine</i>
MS	Ministério da Saúde
NEGE	Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem
PIDI	Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

RJU	Regime Jurídico Único
RM	Regressão Múltipla
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Técnico ou Auxiliar de enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 UMA INCURSÃO NOS HORIZONTES DA PROATIVIDADE E EQUIPES DE ENFERMAGEM	23
3.2 NO MARCO CONCEITUAL, A PERSPECTIVA FREIRIANA	29
3.3 MARCO CONCEITUAL PARA O ESTUDO.....	36
3.3.1 Equipes proativas na enfermagem	36
3.3.2 Ação-reflexão	37
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	41
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	41
4.2 CAMPO DE ESTUDO	41
4.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	42
4.3.1 Primeira etapa do estudo - Quantitativa	42
4.3.1.1 Participantes da etapa quantitativa	43
4.3.1.2 Técnica e instrumento para coleta de dados da etapa quantitativa	43
4.3.2 Segunda etapa do estudo - Qualitativa	45
4.3.2.1 Participantes da etapa qualitativa	45
4.3.2.2 Técnica e instrumento para coleta de dados qualitativa	46
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	47
4.4.1 Análise dos dados quantitativos	47
4.4.2 Análise dos dados qualitativos	49
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DO ESTUDO	50
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1 PROATIVIDADE DA ENFERMAGEM NO HOSPITAL: UM PANORAMA GERAL. 52	
5.1.1 Perfil e comportamento proativo dos trabalhadores de enfermagem do hospital e das unidades de internação	52

5.1.2 Fatores relacionados à proatividade dos trabalhadores de enfermagem do hospital e das unidades de internação	58
5.2 NA PERSPECTIVA FREIRIANA, UM DIÁLOGO SOBRE A PROATIVIDADE NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO	68
5.2.1 Ser proativo em meio a peculiaridades de indivíduos, equipes e turnos de trabalho	68
5.2.2 (I)mobilizações do agir proativo no trabalho da enfermagem	77
5.2.3 Estratégias que impulsionam a proatividade	90
5.3 SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO	98
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICE A –Folder de divulgação da pesquisa	115
APÊNDICE B – Guia de Temas do Grupo Focal	116
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Questionário)	119
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Focal)	121
ANEXO A – Questionário	123
ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	125
ANEXO C – Autorização da autora para aplicação do instrumento ECPO_R	129

1 INTRODUÇÃO

As exigências do mundo contemporâneo implicam na necessidade de ampliação da oferta e da qualidade nos serviços de saúde. No âmbito das instituições, espera-se o investimento na gerência dos recursos disponíveis e das ações propositivas que realcem grupos participativos no trabalho. Para tanto, almeja-se dos enfermeiros, principalmente daqueles que ocupam posições estratégicas de gestão e gerenciamento, que sejam proativos e estimulem seus pares e demais profissionais da equipe de enfermagem no intuito de que também gerem movimentos construtivos, de enfoque emancipatório, no contexto da prática profissional.

O olhar para essas questões adveio das discussões geradas no núcleo de pesquisa do qual participo¹ e da minha experiência acadêmica no âmbito do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPel²), campo do presente estudo. Nesse cenário, era comum deparar-se com diferentes desempenhos entre enfermeiros de um mesmo setor e até mesmo com diferentes resultados entre setores que dispunham de semelhantes condições para o enfermeiro gerenciar o cuidado e coordenar equipes.

Situações parecidas também foram presenciadas como enfermeira em outro hospital, onde os trabalhadores de enfermagem apresentavam atitudes reativas, sugerindo acomodação em um trabalho rotineiro e outros se mostravam mais passivos, ficando à sombra das decisões de seus superiores hierárquicos. Já determinados trabalhadores de enfermagem tinham iniciativa, planejando e intervindo nas condições vigentes desfavoráveis, além de prever e gerar mudanças, com resultados que impactavam positivamente na realidade. Desse modo, os problemas eram vistos como desafios e oportunidades para a (re)invenção das práticas. Erkutlu e Chafra (2012) ressaltam que pessoas proativas agem propositivamente para implementar melhorias no ambiente laboral e aquelas menos proativas tendem a ser passivas e reativas, mantendo o próprio *status quo* e/ou daqueles com quem convivem.

Cabe sinalizar o reconhecimento de que a proatividade é um tema gerador de muitas publicações científicas no âmbito da administração de empresas com a primazia de objetivos organizacionais, bastante focados na produtividade para vencer desafios de mercados competitivos. Nessa lógica, o desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional dos trabalhadores na relação com o ambiente de trabalho pode não ser o enfoque, perdendo-se o potencial da compreensão acurada, analítica e transcendente aos problemas no cotidiano

¹ Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

² O HE/UFPel é um hospital de ensino, universitário, reconhecido pela Portaria 2.400/2007 (BRASIL, 2007).

laboral, detectados conforme as necessidades dos próprios profissionais de enfermagem e de seus relacionamentos na equipe.

No mundo do trabalho em saúde não se pode ignorar que uma grande fatia da alocação profissional ocorre em hospitais, cada qual com sua missão e princípios norteadores que culminam na formulação de objetivos e desencadeiam ações concretas, em que subjaz um espectro de possibilidades e de oportunidades para os atores organizacionais se manifestarem. Por definição e *a priori*, quando se trata de hospital universitário, a ambiência é bastante favorável, neste sentido; mais ainda, se for universitário público. Machado e Kuchenbecker (2007) fazem referência que os hospitais universitários, além da prestação de serviços na área da saúde, contribuem com a formação de profissionais e o desenvolvimento tecnológico. Os mesmos autores mencionam que os hospitais universitários públicos federais, no Brasil, caracterizam-se por diferentes naturezas jurídico-legais, porte, níveis de complexidade, perfis assistenciais, modelos de gestão e vinculação com as Universidades e o Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, diretrizes políticas favoráveis, em si mesmas, não garantem práticas emancipatórias. Entre uma ponta e outra, terreno fértil para emanção de poderes que vão surgindo no meio do caminho, diferentes desfechos podem ser protagonizados. Curioso é que se “criam lógicas” que muitas vezes mais dependem da imagem do opressor introjetado que se manifesta nos micro-poderes do que aquelas supostamente vindas de cima para baixo ou de fora para dentro, conforme analisaram Dall’Agnol e Ciamponi (2002) em um estudo sobre avaliação de desempenho.

É justamente no contexto de um hospital universitário público que se projeta a realização deste estudo. O desenvolvimento desta proposta também é subsidiado pelos achados da pesquisa que desenvolvi enquanto mestranda, no mesmo hospital, em que se observaram enfermeiros com uma prática muito limitada à prescrição médica, como se a enfermagem prestasse, majoritariamente, cuidados relacionados à administração de medicamentos (PORTO, 2011³). Tal conduta assemelha-se ao que Araújo e Gava (2011) apontam como comportamento típico de trabalhadores pouco ativos ou preponderantemente reativos, permanecendo restrito à realização de atividades prescritas.

Ainda, salienta-se que a produção de cuidados de enfermagem focada na prescrição médica possivelmente advém de problemas no fluxo de comunicação, como, por exemplo, a

³ Pesquisa realizada no HE/UFPEL pela autora que deu origem à Dissertação de Mestrado intitulada *O Empoderamento Político do Enfermeiro*, com o objetivo de compreender o processo de busca pelo empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar.

ausência de uma linguagem escrita que padronize e sistematize normas e rotinas de trabalho da enfermagem na forma de um manual impresso ou virtual (PORTO, 2011). Pontua-se que os protocolos de cuidado à saúde são relevantes para pautar tomadas de decisões da equipe de enfermagem nas melhores práticas assistenciais. A utilização desse instrumento gerencial no cotidiano de trabalho depende, em grande parte, das capacitações recebidas pela equipe para a implantação do protocolo e da sua aplicação de modo singular a cada circunstância e particularizada a todo paciente. De qualquer modo, é essencial o exercício crítico contínuo acerca do que for produzido, para que a equipe de enfermagem não fique com uma prática restrita aos protocolos, ou prescrição de enfermagem.

Noutro resultado da pesquisa desenvolvida no mestrado, os enfermeiros sinalizavam a disposição de poucos momentos de encontro no trabalho para dialogar e relacionar-se, como se as suas unidades de trabalho os isolassem em várias ilhas dentro do hospital (PORTO, 2011). Pondera-se que em situações como essa, as reuniões de trabalho entre os enfermeiros poderiam ser um espaço oportuno para a aproximação dos profissionais na formação de alianças e bons vínculos afetivos no grupo, além das reuniões serem estratégia essencial no fortalecimento das tomadas de decisões e da troca de informações sobre a atuação do grupo.

Desse modo, na ambiência hospitalar, a proatividade precisa estar presente enquanto um valor a ser desenvolvido e compartilhado em todos os níveis de influência da organização, desde a equipe gestora, mais vinculada à administração central, à equipe assistencial, responsável pelos cuidados diretos aos usuários. Bateman e Crant (1993), Araújo e Gava (2011) e também Erkutlu e Chafra (2012) referem que a organização enriquece seu desempenho quando possui um contingente de indivíduos proativos que atuam de forma engajada com os colegas, valorizando parcerias e redes de relacionamento.

Dessa maneira, o enfermeiro que desperta para esses atributos poderá incentivar ações proativas da equipe de enfermagem e possivelmente a criatividade dos profissionais nos espaços de autonomia no trabalho. Pondera-se que a proatividade enquanto exercício da autonomia e da mobilização da criatividade possibilita que os indivíduos produzam novas práticas, de cuja posição no mundo do trabalho, não é a de quem não tem nada a ver com ele.

Embora a equipe almeje ser proativa, nem sempre isto é alcançado, já que a proatividade relaciona-se a uma atitude que requer desenvolvimento contínuo, primeiramente pela iniciativa do próprio indivíduo, mas que pode ser estimulada. Diante disso, os profissionais de enfermagem necessitam ser cautelosos para não depositar informações nos colegas de trabalho, como se estes fossem objetos, recipientes vazios a serem preenchidos, impondo simplesmente

que a equipe deva ser proativa, como se fosse mais um atributo a ser cobrado sobre o desempenho profissional.

Ainda, é preciso considerar que a atitude das lideranças de exigirem a proatividade da equipe pode conduzi-la à mera ação pela ação, desprovida do refletir, o que aprisiona indivíduos em ações descontextualizadas do ambiente de trabalho e sem significado para os profissionais. Modificar a realidade de trabalho, sem proporcionar o alcance de resultados desejáveis pela equipe, pode repercutir negativamente no desenvolvimento do trabalho, incidindo no trefismo que para Dall’Agnol *et al.* (2012, p. 188) refere-se à uma prática desprovida de reflexões, “que reproduzem um fazer pelo fazer”. Na contramão desta prática, é importante que haja abertura ao desenvolvimento das potencialidades, como o primeiro passo para a conformação de trabalhadores proativos no trabalho.

Há quase duas décadas, Bateman e Crant (1999) já sinalizavam que ser proativo implica em lidar com riscos e incertezas do futuro, os quais são inerentes às mudanças. E Araújo e Gava (2011) referem que a proatividade precisa ser construída coletivamente e impactar em resultados pensados para o grupo.

Acerca desta questão, entretanto, adiciona-se que é necessário considerar e avaliar os fluxos, as normas e rotinas existentes no hospital. O planejamento de ações pelos profissionais, sem revisitar o que a instituição já possui como fluxos, normas e rotinas, podem recair na geração de resultados reiterativos ou desarticulados do todo, propondo-se apenas mudanças pelas mudanças.

Assim, no cotidiano laboral, o enfermeiro lida com o desafio de corresponsabilizar os membros da sua equipe pelas próprias escolhas e ações, equilibrando atos proativos e reativos. Corroborando esse ponto de vista, Araújo e Gava (2011) afirmam que a proatividade e a reatividade não devem ser vistas como polos antagônicos e incomunicáveis e sim pontos complementares em um *continuum* de acordo com as circunstâncias, como a disponibilidade de pessoal e de recursos materiais.

Dessa maneira, o enfermeiro estando disponível para perceber se os sujeitos se sentem capazes de assumir o comprometimento com a intervenção nos problemas do cotidiano laboral mais facilmente mediará a equipe no processo de fazer e pensar a realidade. O incentivo do enfermeiro para a inserção crítica na realidade em que a equipe atua remete ao refletir sobre o seu dia a dia de trabalho, com vistas a ampliar o espectro do seu olhar acerca do seu desempenho. Williams, Parker e Turner (2010) mencionam que o desempenho proativo nas equipes é uma propriedade emergente de grupos que refletem e agem sobre as suas interações. Além disso, os trabalhadores que estão engajados e experimentam afeto positivo são mais

propensos a apresentarem comportamento proativo, porque eles são mais capazes de ver as possibilidades e pensar de maneira inovadora (PARKER; GRIFFIN, 2011).

A necessidade de se olhar para as interações no grupo parece ser também uma inquietação dos enfermeiros do presente cenário de pesquisa. Na investigação de Porto (2011) realizada no mesmo hospital universitário público deste estudo, os enfermeiros, no encontro de grupo focal, sugeriram dois encaminhamentos, na instituição, que urgiam por melhorias. O primeiro dizia respeito à necessidade de gestão colegiada, incluindo enfermeiros coordenadores das unidades de internação. Por exemplo, somente na Unidade de Terapia Intensiva de adultos havia um enfermeiro coordenador. Esta condição era reivindicada igualmente para as demais unidades. Outro encaminhamento consistiu na criação de um grupo de educação permanente com o intuito do aprimoramento teórico-prático dos profissionais, da qualificação da assistência em saúde e do fortalecimento das próprias relações interpessoais entre os enfermeiros (PORTO, 2011).

As alternativas sugeridas pelos enfermeiros demonstram a necessidade de aproximação entre eles para possibilitar o aperfeiçoamento do trabalho da enfermagem no referido hospital. Bakker e Demeouti (2008) referem que a ação proativa do profissional pode ser influenciada pelas relações interpessoais, por meio do engajamento no trabalho. Nesse sentido, os enfermeiros líderes que fomentam qualidade dos relacionamentos interpessoais na equipe são propensos a construir o engajamento colaborativo no trabalho do grupo e ações proativas (WARSHAWSKY; HAVENS, KNAFL, 2012).

Em hospitais onde os profissionais da enfermagem se isolam em suas unidades de trabalho, é substancialmente oportuno promover encontros para debates. Desta maneira, o hospital é um espaço rico para a equipe alicerçar sua prática no diálogo, na reflexão e na ação proativa, com a finalidade de possibilitar maior engajamento e participação dos trabalhadores.

Assim sendo, o enfermeiro tem um papel relevante na influência da equipe de enfermagem (WONG; LASCHINGER; CUMMINGS, 2010; SALANOVA *et al.*, 2011) e no desfecho de comportamento proativo que promovam o cuidado seguro (WONG; LASCHINGER; CUMMINGS, 2010) e com melhores resultados aos pacientes (BACON; MARK, 2009; LASCHINGER *et al.*, 2009; WONG; LASCHINGER; CUMMINGS, 2010).

Frente ao exposto, existem várias discussões acerca do comportamento proativo, especialmente na literatura internacional, que estão descritas no terceiro capítulo. Portanto, pretendeu-se abordar o tema proatividade de maneira a contribuir no debate junto à enfermagem brasileira, já que essa questão para muitos profissionais é desconhecida e, assim, apresenta pouca produção científica. Com a presente investigação, vislumbraram-se contribuições que

incentivem a reflexão sobre as ações proativas das equipes de enfermagem no contexto do trabalho em um hospital universitário público. Ainda, espera-se que os resultados tragam subsídios para a prática gerencial do enfermeiro, amparado na perspectiva da aprendizagem em grupo e estimulem novas pesquisas para o aprofundamento da temática na enfermagem.

Para tanto, teve-se como questão norteadora do estudo: Qual o grau de proatividade dos trabalhadores de enfermagem do HE/UFPEL e quais aspectos os (i)mobilizam para serem proativos no trabalho?

Neste estudo, adotaram-se as seguintes hipóteses: há diferentes graus de proatividade entre os trabalhadores de enfermagem do HE/UFPEL e; existem diferenças na proatividade dos trabalhadores de enfermagem e em relação aos dados socioprofissionais, como idade, categoria profissional, tipo de contrato, tempo de trabalho na instituição.

Mediante convicções, alicerçadas nos achados empíricos e no aporte teórico desta investigação, **sustentou-se a tese**: a proatividade, mediada pelo agir crítico-reflexivo entre profissionais de enfermagem, encontra ressonância nas potencialidades do diálogo que supera entendimentos ingênuos e a passividade, mobilizando a equipe para construções coletivas no contexto de trabalho.

Para mergulhar no universo dessas questões, busco ancoragem na perspectiva freiriana para enriquecer a aprendizagem do agir proativo em equipes de enfermagem, a partir do estímulo pelo enfermeiro-líder à reflexão-ação, pela leitura, interpretação e mudança benéfica da realidade, bem como pelo compartilhamento dos saberes e apropriação dos instrumentos de trabalho entre os profissionais, entendendo que os trabalhadores sempre têm algo para aprender, diante das incertezas e possíveis problemas que surgem no mundo do trabalho e, assim, das novas possibilidades de aprendizado.

2 OBJETIVOS

O **objetivo geral do estudo** consistiu em analisar a proatividade de trabalhadores de enfermagem num hospital universitário público.

Desse eixo, desdobraram-se os seguintes **objetivos específicos**:

- a) mensurar o grau de proatividade dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário;
- b) identificar fatores socioprofissionais relacionados à proatividade dos trabalhadores de enfermagem;
- c) explorar aspectos que (i)mobilizam os trabalhadores de enfermagem para a atuação proativa nas questões que perpassam o contexto de trabalho;
- d) construir estratégias com os trabalhadores de enfermagem para desenvolver a proatividade no trabalho.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Em um primeiro momento, apresenta-se um panorama de dados internacionais e nacionais da abordagem sobre o tema proatividade. Em continuidade, desdobram-se conceitos-chave deste estudo a partir do marco conceitual, ancorado na perspectiva freiriana.

3.1 UMA INCURSÃO NOS HORIZONTES DA PROATIVIDADE E EQUIPES DE ENFERMAGEM

Na literatura em bases⁴ internacionais e nacionais sobre o tema proatividade, detectou-se concentração de publicações científicas nas áreas da administração e da psicologia, sendo escassa na enfermagem. Além disso, as pesquisas sobre proatividade inicialmente estiveram ligadas ao aspecto disposicional dos indivíduos, em investigações sobre personalidade proativa de Bateman e Crant (1993) nos Estados Unidos e alguns anos depois, na Europa, estudos de Frese *et al.* (1996) conferiram destaque à iniciativa pessoal, uma apologia a partir da qual o profissional realiza seu trabalho além do papel exigido.

Após alguns anos, Crant (2000), Fay e Frese (2001), Parker, Turner e Williams (2006), Kamia e Porto (2009) e Tornau e Frese (2013) consideraram diferentes denominações (personalidade proativa, iniciativa pessoal e comportamento proativo) um mesmo construto. Ainda, os estudos acerca da temática têm priorizado a abordagem quantitativa. Bateman e Crant (1993) e de Frese *et al.* (1996) utilizaram escalas e/ou questionários como instrumentos de medida desse construto. Posteriormente, Kamia e Porto (2009) e Veiga (2010) analisaram a proatividade por meio da Escala de Comportamentos Proativos nas Organizações.

Araújo e Gava (2011) mencionam que fatores ligados ao ambiente de trabalho parecem fomentar um comportamento mais ou menos proativo por parte dos trabalhadores. Com o reconhecimento dos fatores individuais e ambientais, os gestores podem beneficiar a organização intensificando os efeitos positivos e minimizar as influências negativas sobre a proatividade das equipes de trabalho.

Tornau e Frese (2013) mencionam que as pessoas proativas não são apenas influenciadas pelo ambiente laboral, elas influenciam o seu ambiente, sendo de extrema

⁴ Foram realizados levantamentos de publicações científicas nas bases de dados: Banco de Dados da Enfermagem (BDENF), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *ISI Web of Knowledge*, *SciVerse Scopus*, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature and Retrieval System OnLine* (MEDLINE), e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Para tanto, utilizaram-se as palavras-chave *proactivity*, *proactive*, *personal initiative* e suas respectivas traduções em português e espanhol. Na busca por publicações, entre 1993 a 2014, foram contabilizadas 4.511 produções e, destas, selecionados 82 artigos científicos que condiziam com o objeto de estudo

importância para o desenvolvimento dos locais de trabalho contemporâneos. Além do mais, o enfermeiro líder que instiga a participação do grupo, compartilhando metas alinhadas ao propósito organizacional e às necessidades da equipe e dos pacientes, vislumbra o alcance dos objetivos da instituição, os quais contribuem para a assistência particularizada dos pacientes e satisfação dos profissionais.

As publicações científicas sobre a proatividade na área da administração situam-se principalmente no ramo empresarial, sendo empregada na competitividade de mercado, na inovação de produtos, serviços e processos e na conquista dos consumidores mais exigentes (ARAÚJO; GAVA, 2011). No presente estudo, as concepções sobre proatividade estão amparadas na preocupação com o trabalhador e sua relação com a equipe e organização, e não com os lucros e avanços exclusivamente empresariais.

As escassas investigações encontradas na área da enfermagem abordam como nas outras áreas, predominantemente, pesquisas de natureza quantitativa. A investigação de Erkutlu e Chafra (2012) realizado na Turquia com 910 enfermeiros em hospitais universitários teve como resultado a associação positiva entre a proatividade da equipe de enfermagem e o empoderamento da equipe. Os mesmos autores referem que a proatividade do grupo pode ser alcançada pela comunicação colaborativa, tomada de decisão tipicamente democrática e liderança participativa, na qual o líder serve como um motivador para a ação coletiva e facilita relações de apoio entre os membros da equipe.

Erkutlu (2012) também salienta que a liderança compartilhada no grupo de trabalho tem efeitos positivos para o comportamento proativo da equipe, bem como a satisfação dos seus integrantes. Além disso, a proatividade da equipe é determinada pela medida em que o grupo engaja-se em ações autoiniciadas e focadas no futuro, as quais visam mudar a situação externa ou a própria equipe (WILLIAMS; PARKER; TURNER, 2010). Cooper-Thomas et al. (2014) referem que colegas proativos podem promover o engajamento no trabalho dos recém-admitidos, por meio de respostas pertinentes aos seus questionamentos e de acolhimento e socialização.

Em estudos sobre a equipe de enfermagem, os maiores níveis de engajamento no trabalho foram associados com maiores níveis de qualidade do atendimento (WONG; LASCHINGER; CUMMINGS, 2010), satisfação do paciente (BACON; MARK, 2009) e realização do comportamento extrapapel, em que o indivíduo faz algo sem ser solicitado (SALANOVA *et al.*, 2011).

Ainda, investigações têm demonstrado que os conceitos de proatividade e liderança transformacional convergem pelas características de antecipação ao futuro e provocação de

mudanças positivas no trabalho (BATEMAN; CRANT, 1993; CRANT, 2000). A proximidade entre esses construtos possibilita e favorece o melhor entendimento da proatividade na enfermagem, por intermédio do maior número de publicações sobre a liderança transformacional na área da enfermagem.

Uma pesquisa, realizada com enfermeiros no estado do Rio Grande do Sul, pontua que o enfermeiro, amparado nos pressupostos da liderança transformacional ainda enfrenta o desafio de estimular o desenvolvimento intelectual e criativo da equipe, bem como de conhecer as suas expectativas e as da organização para poder comunicá-las aos liderados (STRAPASSON; MEDEIROS, 2009). Na enfermagem, como em outras profissões, é necessário olhar para os liderados enquanto corresponsáveis pela construção de sucesso ou fracasso do líder e seu grupo. Contudo, muitas vezes, na prática e nas investigações científicas, os liderados vêm sendo colocados em papéis passivos e sob influência das características e dos comportamentos do líder (HUTCHINSON; JACKSON, 2013).

O ambiente laboral é um espaço de possibilidades para atuação da equipe de enfermagem, onde os integrantes da equipe podem realizar o questionamento crítico sobre o seu trabalho diário, refletir e planejar intervenções sobre os problemas elencados de maneira proativa. Entende-se que a proatividade implica na iniciativa dos próprios trabalhadores para implementar melhorias em situações do ambiente laboral (GHITULESCU, 2012).

Nos hospitais, o fazer da enfermagem é organizado por normas e rotinas institucionais, enquanto guia para o desenvolvimento dos cuidados diários aos pacientes, tais como: cuidados de higiene, administração de medicações, orientações dos procedimentos, dentre outros. Nesse âmbito, o enfermeiro, coordenador da equipe de enfermagem, toma decisões individualmente ou em conjunto com a equipe de enfermagem sobre a organização do trabalho.

Nesse sentido, a equipe de enfermagem imbuída de um olhar crítico em relação ao seu local de trabalho, buscando agir proativamente, poderá proporcionar melhorias no desempenho de suas atividades, antecipando a resolução de futuros problemas e qualificando o seu fazer. A possibilidade dos trabalhadores progredirem na execução do seu trabalho é encontrada no diálogo com o outro, planejando ações e analisando o que já foi desenvolvido, bem como refletindo sobre o que observou e quais significados atribuiu e pode atribuir ao que aconteceu.

Reis e Pissara (2013) referem que a mudança focada no futuro é a última fase essencial para um comportamento proativo, após o indivíduo antecipar-se e realizar uma mudança. A proatividade envolve, também, o planejamento e ações de mudanças norteadas por metas de longo prazo, que direcionam a ação e permitem que a pessoa trabalhe previamente, antecipando as demandas futuras (KAMIA, 2007). Conforme Schön (2000), na reflexão orientada ao futuro

revisitam-se as situações políticas e sociais que ocorreram, amparando a compreensão de novos problemas e a descoberta de soluções.

A reflexão está relacionada à maneira como se trabalha com os problemas da prática profissional, em que o indivíduo está aberto ao novo, considerando o estado de incertezas do ambiente laboral e dando sentido aos problemas e novos caminhos. A postura proativa na equipe de enfermagem traduz-se na disposição dos profissionais em investir no próprio crescimento pessoal e profissional, enfrentando os problemas cotidianos e questionando o desempenho de suas atividades, que podem estar sendo desenvolvidas de uma mesma maneira, por longos períodos de tempo, sem a busca pela potencialidade da equipe fazer melhor o seu trabalho.

A partir dos resultados de Porto (2011), compreende-se que a equipe, assim como imagina ações antes de aplicá-las, precisa revisar e integrar os resultados pregressos que ainda mantêm o efeito desejado no trabalho dos profissionais. Por isso, é necessário, que os trabalhadores de enfermagem atentem para distintos caminhos que podem tomar, se não houver um estímulo cuidadoso para despertar atitudes proativas, maior é o risco de realizar apenas uma análise superficial das situações laborais. Por exemplo, os trabalhadores incentivados pelo enfermeiro a serem proativos, possivelmente elaborem um fluxo de ações para um procedimento. Entretanto, pode já existir na instituição uma rotina formalizada por escrito para aquele procedimento. Se a equipe não avaliar se as orientações existentes abrangem os resultados desejáveis pelo grupo, incorre em um fluxo diferente daquele proposto no hospital. Desta forma, as ações ficam desarticuladas ou fogem à rotina recomendada pelos gestores da instituição.

Por outro lado, quando os membros da equipe buscam a proatividade, estarão lidando com o medo de arriscar e dar errado, o que lhes exige abertura para o risco e desconforto de modo que possibilite novos olhares em relação ao pensar e fazer no trabalho e contínua avaliação do que vem sendo planejado e implantado com o intuito de verificar se a equipe está produzindo ações de impacto positivo no trabalho. Ferreira (2013, p. 81) afirma que “desapegar-se da zona de conforto representa um exercício contínuo, em que o enfermeiro precisa constantemente fazer o movimento de agir-refletir-agir, saindo da situação cômoda na qual se encontra”.

Desse modo, a superação do medo de arriscar e a saída da zona de conforto podem ser alcançadas por meio da consciente leitura crítica e reflexiva da realidade, na qual os sujeitos estão imersos e possivelmente agem. A promoção de uma leitura e interpretação crítico-reflexiva poderá ser proporcionada a partir da ancoragem em Paulo Freire. Na ação-reflexão

constitui-se um modo de interpretar a realidade e a consequente prática consciente que decorre desta compreensão, num processo constante de desacomodação dos sujeitos, leva-os a modificar esta mesma realidade (FREIRE, 2013a).

O encontro entre os trabalhadores de enfermagem para pensar-refletir-agir sobre as situações de trabalho poderá trazer benefícios, como o crescimento na atuação em conjunto, pois, ao invés de esperar que problemas ou erros aconteçam para solucioná-los, o grupo pode fazer isso conscientemente com atitudes proativas, antecipando-se no planejamento das ações e impulsionando novas atitudes. Por exemplo, há dois medicamentos diferentes com frascos semelhantes e que ficam um próximo ao outro, antes que um trabalhador pegue o medicamento trocado sem conferir se é o correto e administre o medicamento errado no paciente, procura-se planejar como a equipe pode evitar essa troca e erro de administração de medicamento, ao passo que se levantam os possíveis problemas que existem nas situações de trabalho e a equipe age com o intuito de prevenir os erros.

As equipes proativas particularizam-se pelo aprimoramento contínuo, revendo os processos de trabalho e buscando soluções inovadoras para trabalhar problemas (POWER; WADDELL, 2004; BECK *et al.*, 2014). O aprimoramento contínuo enquanto atributo da proatividade também é corroborado por Erkutlu e Chafra (2012), em que os integrantes de uma equipe proativa estão inclinados à criação e implementação de novas ideias sobre como melhorar a maneira como o trabalho é realizado e a identificar potenciais problemas, pensando antecipadamente em modos de contorná-los. Williams, Parker e Turner (2010) afirmam igualmente que a equipe proativa previne problemas, ao invés de apenas reagir a eles.

Na pesquisa de Porto (2011), como referido anteriormente, os enfermeiros sugeriram a gestão colegiada e grupo de educação permanente. As alternativas sugeridas pelos enfermeiros demonstram a necessidade de aproximação entre eles para possibilitar o aperfeiçoamento do trabalho da enfermagem no referido hospital, o mesmo deste estudo. Bernardes *et al.* (2011) referem que os profissionais de enfermagem de um hospital mencionaram que a gestão colegiada intensificou a comunicação, o compartilhamento do poder e da decisão nas equipes, o que pode ser positivo para facilitar a integração entre os profissionais.

Com a finalidade de alcançar a integração entre os profissionais de enfermagem, Ricaldoni e Sena (2006, p. 842) citam que a equipe de enfermagem percebe a necessidade de capacitação gerencial do enfermeiro na “aquisição de competências na área político-gerencial, que permitam visão ampla e integral da instituição e ação mais proativa, na sua relação com os demais trabalhadores de enfermagem, com os outros profissionais da instituição e com o paciente”.

A interação positiva entre os integrantes do grupo parece ser um ponto-chave no desenvolvimento da proatividade, na busca pela prevenção e resolução de problemas e para a capacitação contínua da equipe. A confiança, sendo genuína, pode aproximar colegas de trabalho a realizarem trocas de experiências, afeições e ideias. As trocas interpessoais revelam a possibilidade dos indivíduos fazerem diferentes escolhas, e, com isso, tornarem-se trabalhadores ativos e responsáveis pela própria história e menos sujeitados às circunstâncias externas.

Oreg, Vakola e Armenakis (2011) pontuam que os laços sociais são fundamentais para que forneçam o apoio e o acesso à informação de que os trabalhadores precisam para amparar a mudança e serem mais proativos. Gong *et al.* (2012) verificou que profissionais proativos se envolvem mais e trocam informações, construindo relações de confiança que são propícias à criatividade. Fuller e Marler (2009) e Kim, Hon e Crant (2009) identificaram a relação positiva entre criatividade do trabalhador e proatividade.

Em hospitais onde os profissionais da enfermagem se isolam em suas unidades de trabalho, é oportuno promover encontros para debates, enquanto uma estratégia de participação e discussão entre os trabalhadores e destes com o seu ambiente laboral, tendo em vista o grupo vislumbrar as possibilidades de intervenção nos problemas do seu cotidiano. Desta maneira, o hospital é um espaço rico para o enfermeiro alicerçar sua prática e da equipe com o diálogo, a reflexão e a ação proativa, com a finalidade de possibilitar maior engajamento e participação dos trabalhadores.

Além disso, os trabalhadores que desejam criar momentos de aprendizagem na equipe precisam estar atentos à maneira que se posicionam em relação aos demais, técnicos e auxiliares de enfermagem e enfermeiros, bem como se um integrante do grupo não está impondo o seu pensamento como dominante aos outros. Esse cuidado está associado também aos indivíduos menos proativos, que são passivos e reativos, por preferirem adaptar-se às circunstâncias, em vez de mudá-las (CRANT, 2000).

A leitura crítica e a interpretação dos problemas no local de trabalho possibilitam aos profissionais de enfermagem ter conhecimento de suas ferramentas para intervir na realidade. Nessa direção, Williams, Parker e Turner (2010) destacam que a equipe proativa examina o ambiente para identificar oportunidades potenciais.

Com a análise crítica das dificuldades vivenciadas no trabalho, vislumbra-se que a equipe tenha a oportunidade de aprender na prática e no conhecimento que surge das situações do cotidiano laboral, como um processo facilitador da construção em grupo de respostas adequadas aos problemas levantados e sua proatividade.

Na Figura 1, consta um esquema que sintetiza as principais características de indivíduos proativos, com base na literatura consultada:

Figura 1 - Esquema-síntese das principais características de indivíduos proativos com base na literatura consultada



Fonte: Elaborada pela autora, 2016.

3.2 NO MARCO CONCEITUAL, A PERSPECTIVA FREIRIANA

Neste estudo, seguiu-se a perspectiva freiriana que tem suas origens na abordagem dialética, emancipatória, cabendo destacar a aproximação de Paulo Freire com a Teoria Crítica.

Resgata-se que a Teoria Crítica da Escola de Frankfurt, na década de 1930, apresentou-se como corrente teórica “questionadora dos processos de dominação social, promovendo confrontos críticos entre ciência e cultura, buscando alternativas para um processo de reorganização da sociedade, onde a dialética desponta enquanto método analítico-compreensivo” (LACERDA, 2013, p. 64). Na dialética, há contradição entre elementos interligados, quantidade e qualidade, em que tudo se relaciona numa visão de conjunto e totalidade e acontece simultaneamente em contínuo movimento. A quantidade assinala o nível de desenvolvimento de uma qualidade que remete às características substanciais que expressam a natureza e os traços específicos de uma coisa. Por sua estrutura de afirmação, negação da

afirmação e negação da negação, a dialética se credencia como filosofia crítica (CRUZ; BIGLIARDI; MINASI, 2014).

Embora a vertente freiriana não se insira no percurso teórico-metodológico do materialismo histórico, Paulo Freire encontrou importantes subsídios no arsenal crítico-marxista para desenvolvimento de seus pressupostos teóricos. Privilegia o diálogo como princípio orientador não apenas da educação libertadora, mas de seu método de compreensão humanista da realidade, radicalmente democrático e solidário na organização, produção cultural e (re)criação da vida humana em sociedade, por meio da história. Além disso, a perspectiva freiriana inspira profundas mudanças na visão política e ética dos problemas que são desafios contemporâneos, num agir consciente, conjunto crítico e criativo com o mundo e comprometido com a emancipação humana (CRUZ; BIGLIARDI; MINASI, 2014).

Aqui, salienta-se a relevância das pessoas serem críticas e politizadas em sua prática e com seus saberes, em busca de conscientização e a capacidade de intervir nas circunstâncias, tais como se apresentam. Alinha-se ao entendimento de Freire (2013a), acenando para a conscientização como um contínuo processo de ser crítico nas relações entre consciência e mundo, sendo condição para assumir o compromisso com a realidade histórica e social, na qual o indivíduo vai além, conhece a realidade e engaja-se na luta por melhorá-la.

Adere-se também à compreensão de Freire (2013a) de que as pessoas acomodadas em condições em que não costumam tomar decisões têm medo da liberdade e enquanto não se sentem capazes de assumir o risco de se aventurar, preferem viver nessa qualidade individualista a responsabilizar-se pela indagação crítica da realidade e, em convivência junto aos outros, pela criação de um mundo novo, de modo que:

[...] sofrem uma dualidade que se instala na “interioridade” do seu ser. Descobrem que, não sendo livres, não chegam a ser autenticamente. Querem ser, mas temem ser. São eles e ao mesmo tempo são o outro introjetado neles [...]. Sua luta se tratava entre serem eles mesmos ou serem duplos. [...] Entre se desalienarem ou se manterem alienados. Entre seguirem prescrições ou terem opções. Entre serem espectadores ou atores. Entre atuarem ou terem a ilusão de que atuam [...]. Entre dizerem a palavra ou não terem voz, castrados no seu poder de criar e recriar, no seu poder de transformar o mundo. (FREIRE, 2013a, p. 47-48).

A iniciativa no trabalho pode parecer mais distante ainda se os profissionais não costumam compartilhar a responsabilidade pelas ações e pelos relacionamentos com os colegas de outros turnos ou unidades. Quando a equipe dispõe de alguém que decide por ela pode ser confortável para os seus integrantes não precisarem se envolver com os acontecimentos do

mundo do trabalho. Por outro lado, a equipe pode desejar participar das decisões, expressando seus pontos de vista, por meio do diálogo e de certo modo superando a condição de alienado.

Essa realidade poderia ser modificada nos microespaços de aprendizagem coletiva da equipe de enfermagem. Freire (2013a) partindo da ideia de libertar os indivíduos da sua condição de objetos da aprendizagem propôs a educação problematizadora, em que reconhece a pessoa como inacabada e inconclusa, estando e sendo uma realidade histórica igualmente incompleta, em construção, ou seja, o ser humano não é uma realidade estática, fechada e pronta, é um ser por fazer-se no mundo com os outros, num processo contínuo de desenvolvimento intelectual e afetivo. Nas palavras de Freire (2010, p. 53): “[...] gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele”.

Para fazer história, o indivíduo problematiza sua situação, superando sua percepção ingênua da realidade e acreditando na transformação das circunstâncias por meio de sua participação como indivíduo e não como objeto, na busca de ser mais, de humanizar-se. No entanto, isso não ocorre no isolamento e na individualidade e, sim, na solidariedade dos seres humanos conscientes de seu inacabamento e na luta pela sua humanização (FREIRE, 2013a). O ser humano, enquanto ser inacabado, não é tudo que poderia ser e o que ainda poderia vir a ser, sentindo a necessidade de ser, fazer e saber mais.

As exigências do cotidiano de trabalho hospitalar possibilitam que os trabalhadores de enfermagem relacionem-se uns com os outros já a partir da própria equipe e até com as equipes dos demais turnos, por exemplo, durante a passagem de plantão. Já o relacionamento entre as equipes de enfermagem das outras unidades de internação é distanciado e, por vezes, superficial, quando os profissionais se isolam na sua unidade específica de atuação. Freire (2013a) alude de modo muito semelhante à cisão que acontece entre os trabalhadores por meio da menção ao isolamento no trabalho dos problemas cotidianos, como se fossem ilhas.

Os problemas de relacionamento e comunicação entre as equipes de enfermagem no trabalho podem implicar em uma visão ingênua e parcial sobre a situação, desconsiderando as implicações em sua totalidade para o grupo de enfermagem e para a qualidade do cuidado, o que dificulta uma compreensão crítica da realidade. Freire (2011a) explica que a percepção ingênua move-se nos limites do conformismo, não tendo o indivíduo um pensamento autônomo para investigar as causas e nem para se aventurar em modificações, torna-se dependente e transfere aos outros e às instituições a responsabilidade pela solução dos problemas.

Também, alinha-se à compreensão de Freire (2013a), de que as pessoas para se emanciparem, precisam comprometer-se em transformar o mundo por meio da ação e reflexão.

A perspectiva freiriana abrange dialeticamente a ação e reflexão, isto é, a práxis em que o sujeito com o seu saber alenta criticamente o fazer, incidindo um novo saber. É dessa maneira que o indivíduo se liberta e recria o mundo e também a si mesmo.

Ação-reflexão é um conceito que se coloca na centralidade do presente estudo, reconhecendo-o na dimensão atribuída por Freire (2013a, p. 127), como sendo: “[...] reflexão e ação verdadeiramente transformadora da realidade, é fonte de conhecimento reflexivo e criação”. Portanto, adota-se o entendimento de que ação e reflexão ocorrem de modo simultâneo, como uma unidade não dicotomizada, visto que a reflexão conduz à prática. Nessa ótica, o sujeito pode apreender a realidade, modificando-se a si mesmo, mantendo uma interação compromissada com a intervenção no local de trabalho e com os colegas, e não uma relação passiva.

Fora dessa espiral dialética da ação-reflexão, o conhecimento originado pelo sujeito seria idealista e o fazer mecânico e irrefletido sobre a realidade. Para Freire (2013a, p. 108), quando “[...] se enfatiza ou exclusiva a ação, como sacrifício da reflexão, a palavra se converte em ativismo. Este, que é ação pela ação, ao minimizar a reflexão, nega também a práxis verdadeira”.

Nas palavras de Freire (2013a, p.72): “[...] da ação, o que nos parece fundamental é que esta não se cinja a mero ativismo, mas esteja associada a sério empenho de reflexão, para que seja práxis. O diálogo crítico e libertador, por isto mesmo que supõe ação [...]”. As pessoas constroem um diálogo crítico e libertador, que lhes possibilitam identificar-se nesse processo, para que, por intermédio da reflexão e ação, possam exercer uma ação transformadora.

Além do entendimento da reflexão-ação, torna-se relevante abordar o diálogo entre a prática e a teoria do sujeito como parte da realidade concreta das pessoas desumanizadas de seu mundo. Assim, o diálogo com os trabalhadores é importante para fortalecer as relações estabelecidas entre os integrantes da equipe de enfermagem, por possibilitar novas maneiras de pensar e inovações que facilitem a prática profissional.

Em sintonia a Freire (2013a), entende-se que o diálogo consiste em um fenômeno humano que não pode ser reduzido ao simples depósito de ideias de um trabalhador de enfermagem no outro, por se tratar do encontro entre pessoas, seres pensantes, para problematizar situações com o intuito de modificar a realidade na qual estão inseridos. Além disso, objetiva-se problematizar o mundo do indivíduo por meio do diálogo crítico e propositivo para modificações benéficas ao desenvolvimento do trabalho, elaborando-se, na abertura para o outro, novas visões e sentidos a partir da produção de conhecimento de maneira dinâmica e

histórica, além de inspirar profundas inovações na visão política e ética dos problemas que desafiam o mundo laboral.

A aprendizagem da equipe de enfermagem sobre a sua realidade de trabalho pode acontecer por meio do diálogo. A atitude crítica-reflexiva dos trabalhadores em relação à sua atuação potencialmente manifesta-se em práticas de decisões participativas, criativas e autônomas acerca dos problemas levantados pelo grupo. O engajamento da equipe no trabalho possibilita o desenvolvimento de trabalhadores mais capacitados para lidar com a heterogeneidade das situações, dos membros dos grupos e dos pacientes. Na obra de Freire (2013a) é enfatizado que o diálogo impulsiona o pensar crítico-problematizador em relação à realidade do sujeito, isto é, proporciona às pessoas meios de superar suas atitudes, mágicas ou ingênuas, diante do mundo. No diálogo aberto, além de possibilitar ao indivíduo expressar o seu mundo, segundo o seu modo de vê-lo, é um exercício da argumentação dos participantes dele, o qual permite que as posições diferentes tenham iguais condições de serem ouvidas e discutidas.

Por meio do diálogo, o enfermeiro poderá estimular a equipe, enquanto processo de comunicação eficiente e de aprendizagem, para chegarem à consciência de serem trabalhadores em um mundo cuja leitura crítica, interpretação e transformação possibilitam fazer história em um mundo de trabalho. Em Freire (2013a) consta que o diálogo só é possível de acontecer quando se reconhece o outro como sujeito e se está aberto a aprender com ele, escutando-o e é assim que se aprende a falar com o outro e não para o outro. Sem o estabelecimento de uma relação empática com os demais não há diálogo, nem sem humildade, sem amor, sem uma intensa fé das pessoas no seu poder de criar e recriar e sem esperança na eterna busca de que isto é possível.

Os momentos que a equipe dispuser para dialogar precisam ser espaços em que todos se sintam à vontade em se expressar e, para isso, espera-se do enfermeiro que seja um facilitador no grupo para esse fim. Freire (2010) menciona que numa relação dialógica, o mais importante é respeitar as diferenças, ser coerente entre o discurso e a ação, em outras palavras, corporificar na prática o que é dito.

Por meio de relações horizontais e, dialogando com objetivos claros, a equipe de enfermagem previne discursos vazios em relação às possíveis mudanças sobre os problemas cotidianos de trabalho. As equipes de enfermagem lidam diariamente com ambientes de trabalho em que se sobressai a escassez de recursos, condições, por vezes, desmotivadoras para os trabalhadores. No entanto, o cuidado de enfermagem não pode deixar de ser ofertado pela equipe mesmo quando o serviço não dispõe do desejável contingente de recursos humanos e

materiais. Diante dessas condições desafiadoras, no trabalho, os profissionais de enfermagem deparam-se com o desafio de ir além e buscar melhorias para que a equipe desenvolva, cada vez mais, uma atuação qualificada.

Outro ponto importante para a promoção de mudanças benéficas para a organização do trabalho são as atividades colaborativas que estão relacionadas ao trabalho em equipe. Acerca desta questão, é importante reconhecer que “na teoria dialógica da ação, os sujeitos se encontram para a transformação do mundo em co-laboração” (FREIRE, 2013a, p. 226-227).

O diálogo enquanto alicerce que possibilita a união entre os trabalhadores em torno de uma causa, como a melhoria do seu ambiente de trabalho, permite à equipe olhar para as potencialidades dos seus integrantes e dos recursos materiais disponíveis no seu local de atuação. Portanto, é oportuno os trabalhadores disporem do diálogo enquanto benéfico subsídio para o desenvolvimento das potências do grupo e do aprimoramento do trabalho realizado. Assim, o incentivo entre os profissionais para que o diálogo se concretize de modo congruente entre ações, discursos e em relacionamentos horizontais fortalece a equipe.

A equipe que busca proporcionar momentos de aprendizagem no trabalho precisa primeiro confiar e imaginar que o aperfeiçoamento ou a melhoria da realidade é possível além da capacidade dos indivíduos criarem novas situações. Alinha-se à compreensão de Freire (2010) de que a transmissão das autênticas intenções do sujeito aos demais acontece a partir da confiança entre estes e de que esta, em outra obra de Freire (2013a), é constituída por respeito e acolhimento, permeada pelo afeto e disponibilidade para o diálogo. Além disso, trata-se de fé na potencialidade de vir-a-ser mais em um sentido que transita entre o individual e o social que constroem as pessoas e as situam no e com o mundo, de modo que a consciência vai além da experiência racionalista.

Em relação ao potencial criativo dos indivíduos, agrega-se ao entendimento de Freire (2013a) de que o ser humano enquanto ser social, político e histórico constrói-se nas relações com os outros. Nessa conjuntura, o diálogo foi a maneira historicamente criada para comunicar o mundo e assim modificá-lo, como um ato de (re)criação. Além disso, a criatividade da ação transformadora ante das situações-limite em que os indivíduos aceitam o que lhes é imposto e submetem-se aos acontecimentos, é necessária e potencializada pela curiosidade epistemológica que está aliada ao desenvolvimento da criticidade e ambas são constituintes da conscientização, ou seja, a criticidade, curiosidade e criatividade integram a complexidade das relações que situam a conscientização no campo das possibilidades e não das certezas.

Ainda, de acordo com Freire (2013a), a conscientização é um método que conduz a consciência dominada a ampliar a visão e, em seguida, separá-la em partes e reconstruí-la a

partir dessas partes, analisando suas interações, o que possibilitará uma nova postura crítica da sua realidade, até então desconhecida, e a criação de um espaço para o aprendiz. Esse aprendiz, a partir do ato de conhecer é sempre dialógico, ao envolver sujeitos ativos e curiosos, promove a criatividade entre os trabalhadores (FREIRE, 2010).

Contudo, é preciso diferenciar o sentido da curiosidade na cultura científica e no senso comum. Peroza e Resende (2011, p. 87) a partir dos escritos de Freire pontuam que “é possível afirmar que a academia pré-determina os destinos da curiosidade dos que nela ingressam, pois nela, teoricamente, já estão definidas as regras que rotularão se o saber que está sendo produzido tem um estatuto ‘científico’ ou não”.

Freire (2000) nos seus dizeres elucida que a curiosidade, própria do ser humano, se aprofunda no mundo, enquanto inquietação diante do desconhecido e desejo de procurar explicação dos fatos e de desvelar, investigar o que está oculto. Além disso, o autor refere que a curiosidade permite captar um objeto, produzindo significados a este e sua historicidade. A curiosidade epistemológica é intencionada por um clima de confiança que se constrói com o diálogo e ao se afastar do objeto e aproximar-se com o intuito de desvelá-lo, conhecê-lo e expressá-lo ao mundo, ou seja, trata-se do exercício crítico da capacidade de aprender, indo além da curiosidade ingênua e o senso comum (FREIRE, 2010).

Portanto, por meio da curiosidade e do diálogo da educação libertadora, o trabalhador de enfermagem é capaz de ver além das situações-limite e de vislumbrar soluções para a realidade concreta, como uma fronteira entre o ser e ser mais humano a ser ultrapassada para o desaparecimento do abuso desumanizante. As situações-limites, na enfermagem, são aquelas que desafiam de tal maneira a prática do trabalhador que é preciso enfrentá-las e superá-las para prosseguir, como a falta de pessoal e materiais para a atuação da enfermagem, o conflito na equipe, dentre outras circunstâncias que são superáveis e caracterizadas pelo possível não experimentado de ser mais, de estar engajado nas suas atividades ao passo que tome decisões, relacionando-se com o ambiente de trabalho e com os colegas.

Assim sendo, a problematização é assinalada por um processo de reconstituição da pessoa a partir de sua experiência de vida, em que sua desestabilização inicial provoca uma lacuna do conhecimento adquirido, que o conduz a uma eterna busca por novos saberes, considerando e acreditando na transformação da realidade (FREIRE, 2013a).

A realidade do ambiente de trabalho hospitalar traz a urgência da ação-reflexão-ação pelos profissionais da equipe de enfermagem sobre os próprios relacionamentos e a organização do trabalho, para a ação proativa dos trabalhadores, com novos conhecimentos e diferentes

meios de intervir no mundo. A reflexão-ação-reflexão identifica a politicidade dos saberes por meio da problematização que viabiliza a aprendizagem como prática de liberdade.

3.3 MARCO CONCEITUAL PARA O ESTUDO

Com base no aporte teórico apresentado neste capítulo, descrevem-se os conceitos-chave do presente estudo: equipes proativas na enfermagem, ação-reflexão, problematização, conscientização, criticidade, diálogo e transformação.

3.3.1 Equipes proativas na enfermagem

Equipes proativas na enfermagem são aquelas que agem antecipadamente diante dos acontecimentos vivenciados pelos indivíduos em seu ambiente de trabalho, o que envolve conhecer o cotidiano laboral (tempo necessário para estabelecimento de confiança e conhecer a equipe), ter iniciativa para o planejamento e execução de ideias e enfrentar as dificuldades em grupo. Os trabalhadores poderão ser propositivos com ações estratégicas e articuladores dos integrantes da equipe, revelando-se facilitadores das atitudes proativas na equipe de enfermagem, as quais beneficiam o crescimento pessoal e profissional e trazem melhorias para o desempenho no trabalho.

Especificamente, na enfermagem, a equipe corresponde a um grupo de trabalho formado pelos profissionais: enfermeiro (formação de nível superior), técnicos e auxiliares de enfermagem (formação de nível médio), que atuam em um turno de trabalho (manhã, tarde ou noite), em uma unidade de internação hospitalar. De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem 7.498/86, o técnico e o auxiliar de enfermagem atuam sob orientação e supervisão de enfermeiro (BRASIL, 1986). Espera-se da equipe de enfermagem que invista na aprendizagem e no conhecimento das potencialidades dos seus integrantes, atuando no processo de desenvolvimento da equipe de maneira a compartilhar as responsabilidades entre seus membros em meio as suas atividades diárias.

A equipe de enfermagem presta assistência de modo interdependente das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde. Nesse sentido, a compreensão de equipe e sua prática, como tal, estão relacionadas à qualidade do cuidado. Uma equipe integrada realiza suas ações de maneira articulada e os seus integrantes interagem colaborativamente e contribuem complementando o trabalho um do outro com as diferentes habilidades e saberes. A maneira como acontecem o relacionamento e o diálogo na equipe é questão fundamental para o

desempenho do grupo. Se o diálogo for crítico-reflexivo têm-se possivelmente equipes buscando continuamente implementar melhorias em sua prática.

3.3.2 Ação-reflexão

Vislumbrando a construção de um ambiente de trabalho pela equipe de enfermagem a partir de reflexão e questionamento do próprio grupo sobre o desempenho de suas atividades cotidianas e a qualidade do relacionamento entre os profissionais integrantes dessa equipe, almeja-se o desenvolvimento das potencialidades individuais e coletivas, buscando-se profissionais críticos, criativos e participativos que articulados elaboram e experimentam continuamente a implementação de melhorias em sua prática. A equipe de enfermagem assim pode colocar em evidência a contribuição da crítica e reflexão no exercício e gerenciamento do cuidado e das interações da própria equipe e seu aprendizado no local de trabalho.

Entende-se o ambiente de trabalho enquanto espaço de desenvolvimento e de pesquisa contínua, em que os profissionais como investigadores e produtores de conhecimento, podem refletir em conjunto acerca de sua própria prática, de modo sistemático e objetivo, que lhes possibilitem o (re)pensar e a problematização das ações de cuidado e gerência, envoltas por compartilhamento de saberes, elaboração de estratégias e ações.

Com este enfoque sobre a atuação da equipe de enfermagem, compreende-se a prática profissional da equipe para além do conjunto de procedimentos técnicos e conhecimentos, entendendo-se como compromisso com a equipe, pacientes, gestores, profissão, entre outros, com o intuito de contribuir com o fazer consciente e crítico do profissional que atua, dialoga e interage no contexto social e histórico, fazendo e pensando sobre o fazer. O trabalhador de enfermagem com o olhar crítico-reflexivo busca junto a sua equipe melhorar as circunstâncias, a si mesmo e aos outros, de modo a descrever, analisar e avaliar as ações da equipe para qualificar o trabalho, considerando as potencialidades de agir no ambiente de trabalho como sujeitos emancipados.

Ao trabalhador da equipe de enfermagem cabe, em seu processo de reflexão, construir estratégias para garantir e incentivar a interação colaborativa e a troca de saberes na equipe, bem como entre as equipes das outras unidades. Quando o enfermeiro, enquanto coordenador da equipe, e com a sua parcela de responsabilidade no processo de estimular o grupo a ser reflexivo e proativo, possibilita a favorável transformação, não somente de si e do seu fazer, como também do ambiente em que atua, fortalece os processos de ação-reflexão-ação no local de trabalho do qual faz parte e colabora mediando para que os profissionais encontrem sentido

e significado para as mudanças positivas, com o outro e no espaço em que está inserido, a fim de que sejam protagonistas em seus contextos. Para isso é necessário que a equipe encontre meios de envolver-se, entre si e com o trabalho, criando vínculos afetivos colaborativos, expandindo a capacidade de escuta ao outro, buscando conhecer o ambiente laboral em conjunto.

O trabalhador da equipe de enfermagem ao refletir sobre o seu agir, confronta o seu modo de pensar com a realidade de trabalho e os desafios em sua práxis num constante compromisso com a melhoria do cuidado de enfermagem, amplia caminhos e vivencia experiências ainda não pensadas, por intermédio da superação de limites, da ação, do discurso e do pensamento.

A partir desses conceitos, adicionam-se outros, interligados e/ou complementares, igualmente importantes, nesta investigação:

- a) **críticidade** trata-se de um fenômeno inerente à condição humana de pensar, decidir, falar e agir, o qual decorre da vontade política do sujeito de situar-se no ambiente em que atua. O pensamento crítico proporciona esclarecimento às pessoas que o assumem, tornando-as capazes de desvendar seus desejos e impulsionar ações com base nas próprias decisões. Os trabalhadores agem intencionalmente, com o desfecho de uma modificação ou desenvolvem ações para impedir a mudança, ou, ainda, deixam algo acontecer ou se omitem. O trabalhador da enfermagem não é neutro em relação ao que pensa, reflete, verbaliza, especialmente, quando atua no ambiente laboral e na equipe, ao passo que desvela a realidade, conhece a si mesmo, os problemas e dificuldades que permeiam suas atividades diárias, de modo que àquela situação anterior já não o satisfaz mais, ansiando e agindo por uma nova e melhor situação;
- b) **conscientização** remete ao processo do trabalhador ser crítico, distanciando-se da realidade em que atua, para objetivá-la e conhecê-la. Indignar-se com o sofrimento em meio às circunstâncias laborais cotidianas poderá implicar em ter que (re)avaliar seus limites, as próprias ações e decisões, corresponsabilizar-se na modificação de si mesmo e da dinâmica da equipe, o que possivelmente tornará os trabalhadores de enfermagem capazes de enfrentar os desafios e melhorar o ambiente e as práticas de enfermagem por meio de suas ações. Para tanto, a conscientização requer o desenvolvimento da curiosidade enquanto olhar indagador, o qual potencializa a ação criativa, e que provém do ato dos trabalhadores pensarem e agirem juntos, para uma nova compreensão do ambiente de trabalho, mais crítica, criativa, responsável e comprometida com o contexto histórico e social;

- c) **problematização** compreende o primeiro passo para o desenvolvimento de uma consciência crítica, na identificação dos problemas desafiadores que envolvem a equipe de trabalho, em que o sujeito posiciona-se de maneira ativa diante dos acontecimentos do mundo do trabalho, questionando, duvidando, ao invés de aceitar passivamente discursos, ideias, percepções e, assim, expondo sua potencialidade criadora e modificando a realidade a que se pergunta, a si mesmo e aos outros com quem ele procurou explicações. Por meio da problematização, o trabalhador de enfermagem poderá descobrir ou entender acontecimentos que estão velados nas práticas cotidianas, o que remete a apropriar-se do contexto, e, portanto, inserido no ambiente de trabalho, ver-se no problema e na solução, reconhecendo que muitas das intervenções possíveis estão ao seu próprio alcance, sem depender de vir “de fora” ou “de cima para baixo” e sim, potencialmente acontecer a partir de sua reflexão-ação;
- d) **diálogo** é a maneira como os trabalhadores expressam suas percepções, valores, sentimentos, como fé, humildade e amor, por meio da linguagem na interação solidária e colaborativa com o outro, demonstrando coesão entre o pensar, falar e agir e compromisso histórico com o ambiente laboral com o qual interatua, sendo capaz de modificar o mundo pela sua ação intencional sobre ele, humanizando-o. O diálogo, logo, trata-se do encontro entre pessoas mediatizadas pelo objeto de conhecimento, no desejo de produzir e reconstruir saberes e a si, pronunciando o mundo do trabalho, com propostas estratégicas de ação num processo contínuo de construção de realidades e seres inconclusos, diante de cuidados, equipes, turnos, ambientes, unidades de trabalho da enfermagem;
- e) **transformação** está relacionada ao comprometimento crítico e propositivo da equipe de enfermagem com a realidade de trabalho que a inquieta, sendo esse movimento dos sujeitos propulsor para a verbalização dos problemas, em que a compreensão da equipe pode levar a ação em conjunto nos espaços oportunos de autonomia, de maneira a modificar o trabalho com melhorias e a própria equipe. No refletir e agir, os trabalhadores da enfermagem descobrem-se a si e aos outros enquanto sujeitos históricos e políticos que continuamente aprendem e têm a responsabilidade de modificar a realidade em que estão inseridos, apropriando-se do contexto de trabalho. Por conseguinte, o trabalhador consciente de ser inconcluso, estar e agir proativamente num processo dinâmico no local de atuação, vai além de reconhecer os problemas do mundo do trabalho, em busca de um futuro com esperança na construção ativa de sua

história com (re)significação do espaço e organização do trabalho enquanto ambiente com potencial para realização pessoal e profissional de todos.

Na Figura 2, consta um esquema conceitual para melhor visualizar a inter-relação dos conceitos-chave, ancorados na perspectiva freiriana, que norteiam a presente investigação:

Figura 2 – Esquema conceitual, com base na perspectiva freiriana, que aporta o desenvolvimento de equipes de enfermagem proativas no trabalho



Fonte: Elaborada pela autora, 2016.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Na descrição deste capítulo, apresentam-se o delineamento e o campo de estudo, os procedimentos para coleta de dados, a análise dos dados e as considerações éticas do estudo.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para este estudo, adotou-se método misto, com estratégia explanatória sequencial, que foi composto por duas etapas, nessa ordem: quantitativa e qualitativa. Creswell e Clark (2007) referem que no tipo explanatório os resultados qualitativos ajudam a embasar os dados quantitativos iniciais. Creswell (2009) esclarece que na estratégia sequencial o investigador amplia a exploração dos dados obtidos de um tipo de abordagem com outra na sequência. Para atender esses quesitos, a segunda etapa qualitativa foi desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais e, assim, os dados qualitativos auxiliaram na explicação, com mais profundidade.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital universitário público, situado em Pelotas, Rio Grande do Sul, vinculado à Universidade Federal de Pelotas e denominado Hospital Escola (HE/UFPel). A escolha desse local para estudo originou-se de percepções e necessidades levantadas em pesquisa anterior (PORTO, 2011), já explicitadas no capítulo da introdução.

O hospital foi fundado em 1981 e, em 2004, após validação das condições de pesquisa e ensino, da assistência prestada e do modelo de gestão adotado, foi certificado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação como hospital de ensino. Além disso, vem se configurando como referência na atenção à saúde dos usuários do SUS para 22 municípios da região sul do Estado do Rio Grande do Sul, especialmente em oncologia, dispondo de assistência integral, desde o diagnóstico do câncer aos cuidados paliativos. Em 2007, recebeu nova habilitação, passando a funcionar como unidade de assistência de alta complexidade em oncologia. O HE/UFPel dispõe de 175 leitos, sendo um hospital de grande porte, conforme a Portaria 2.224/2002 que estabelece a classificação de hospitais por número de leitos (BRASIL, 2002).

Os setores e serviços do hospital que fizeram parte do estudo, na primeira etapa da coleta de dados: hospital-dia, endoscopia digestiva e respiratória, laboratório de função pulmonar, imagenologia, Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI), ambulatório de

especialidades, laboratório de análises clínicas, banco de olhos, ambulatório da Faculdade de Medicina, Programa Melhor em Casa⁵, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, centro cirúrgico e as unidades de internação hospitalar: cirúrgica, ginecológica, obstétrica, pediátrica, clínica, unidades da rede de urgência e emergência; Unidade de Terapia Intensiva adulto e neonatal e semi-intensiva.

4.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para explorar as ideias e experiências diante da temática, foram adotadas duas estratégias de coleta de dados, uma de natureza quantitativa e outra qualitativa, em duas etapas sequenciais: a primeira, por meio de um questionário estruturado fechado, a fim de obter aproximação do objeto de investigação; e, a segunda complementando a primeira, por meio da técnica de Grupos Focais (GF).

4.3.1 Primeira etapa do estudo – Quantitativa

A pesquisadora procedeu à divulgação da pesquisa por ocasião das passagens de plantão, tendo distribuído *folders* informativos da pesquisa (APÊNDICE A) em todos os setores que compõem o hospital. Esta etapa, de natureza quantitativa, transcorreu de abril a junho de 2015. O delineamento foi transversal correlacional, compreendendo a medida de variáveis socioprofissionais e do grau de proatividade dos trabalhadores de enfermagem do HE/UFPel, bem como a relação entre essas variáveis, em um único ponto temporal.

Conforme Polit e Beck (2011), o delineamento de pesquisa transversal descreve o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto temporal fixo. Sousa, Driessnack e Mendes (2007) descrevem estudos transversais correlacionais pela investigação sistemática da natureza das relações entre as variáveis.

⁵ O Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde, busca a desospitalização de pacientes crônicos, com alto grau de dependência ou com quadros agudos fora do perfil de atendimento da atenção básica. A assistência aos pacientes é prestada por equipe multiprofissional de referência por meio de visitas domiciliares regulares e pela responsabilização de um cuidador familiar com os cuidados diários (BRASIL, 2012a).

4.3.1.1 Participantes da etapa quantitativa

Os participantes integraram a população de estudo⁶, correspondendo a **347 trabalhadores de enfermagem do HE/UFPeI**, já descontados nesse contingente aqueles em afastamentos prolongados por motivos diversos durante a coleta de dados e as recusas em participar do estudo. Desse total (n=347), 252 vinham atuando em unidades de internação, o que motivou a também apresentar uma caracterização específica dos resultados quantitativos dessas unidades, principalmente em razão da similaridade de atribuições e atividades entre os trabalhadores de enfermagem nesses locais.

O critério de inclusão compreendeu estar ativo no vínculo empregatício com o hospital, campo da pesquisa. Já o critério de exclusão correspondeu aos afastamentos, no período da coleta de dados, por motivos diversos (por exemplo: férias, licença-saúde, licenças de interesse pessoal e outros).

4.3.1.2 Técnica e instrumento para coleta de dados da etapa quantitativa

O instrumento de pesquisa para coleta de dados desta etapa quantitativa consistiu de um questionário estruturado fechado (ANEXO B), constituída de duas partes. A primeira compõe-se de variáveis socioprofissionais, incluindo afirmações relativas a aspectos laborais implicados na proatividade, elaboradas pela pesquisadora a partir de critérios apontados na literatura, versando sobre: tomada de decisão compartilhada, comunicação colaborativa, liderança compartilhada, engajamento da equipe, interação positiva, satisfação no trabalho, estresse no trabalho, sobrecarga de trabalho e qualidade de atendimento ao paciente. A segunda parte do questionário foi composta por uma versão reduzida da Escala de Comportamentos Proativos nas Organizações (ECPO_R) revalidada e autorizada (ANEXO C) por Veiga (2010) e Veiga, Torres e Bruno-Faria (2013), a partir da escala original, brasileira, de Kamia e Porto (2009).

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a junho de 2015 nas dependências da instituição. A pesquisadora percorreu as unidades, entregando o instrumento autoaplicado aos trabalhadores que concordaram participar do estudo, cujo preenchimento foi feito durante a jornada de trabalho. O acompanhamento presencial da pesquisadora implicou em várias idas-e-vindas ao hospital e muitas horas dedicadas a esta etapa.

⁶ Dos 410 trabalhadores de enfermagem vinculados ao hospital, 47 encontravam-se em afastamentos prolongados por motivos diversos e 16 recusaram participar do estudo, configurando uma amostra efetiva de 347 trabalhadores.

A ECPO original é constituída de 27 questões e uma escala de resposta do tipo *Likert* de sete pontos (KAMIA; PORTO, 2009). O objetivo de Veiga (2010) de revalidar uma versão reduzida da ECPO foi de facilitar a aplicação, a fim de evitar a fadiga dos respondentes. Os itens da versão reduzida foram selecionados com base no estudo desenvolvido por Veiga *et al.* (2008), em que aplicou a ECPO.

A estrutura unifatorial da ECPO_R foi revalidada por Veiga (2010), por intermédio da análise de consistência interna, pelo coeficiente *alpha* de Cronbach, obtendo 0,94. Esse coeficiente varia de 0 a 1, e quanto maior esse valor, maior a confiabilidade. Pasquali (2003) refere que acima de 0,90 há excelente qualidade psicométrica, e reflete que a medida afere com estabilidade o conceito em questão. Para a fidedignidade da escala foi também calculado o *lambda2* de Guttman, cujo resultado mostrou índice de 0,94. De acordo com Tellegen e Laros (2004), essa estimativa avalia melhor a fidedignidade, principalmente quando os instrumentos contêm poucos itens.

A ECPO_R possui 13 questões fechadas com escala de resposta do tipo *Likert* de cinco pontos que varia de 1 (nunca), 2 (raramente), 3 (às vezes), 4 (frequentemente) e 5 (sempre). A menor carga fatorial dos itens que compõem o instrumento é de 0,55, em que Veiga (2010) optou na revalidação por um ponto de corte de 0,50 para incluir os itens. Tabachnick e Fidell (2007) recomendam que a maior parte dos coeficientes esteja com valor acima de 0,30, enquanto padrão de correlação entre as variáveis. A variância total explicada da escala foi de 58%. A amostra que compôs a validação da escala atendeu o critério do número de sujeitos por item, correspondendo a 1.211 trabalhadores de 21 organizações do Distrito Federal, mesclando empresas públicas, privadas, de sociedade de economia mista, do terceiro setor, entre outras. Quanto a este aspecto, Kermarreck *et al.* (2006) recomendam a aplicação da escala em 10 sujeitos por item da escala no processo de validação e Hair *et al.* (2005) afirmam que o tamanho da amostra para a análise fatorial preferencialmente deve ser superior a 100 indivíduos, mesmo para escalas com poucos itens.

Em relação à escala original de Kamia e Porto (2009), validada com 346 profissionais do ramo de serviços, indústria e comércio, a versão reduzida revalidada apresentou adequada mensuração do construto pela sua consistência interna e fidedignidade e qualidade superior devido à variância total explicada (58%), maior que no estudo original da construção da escala (43%) e pelas cargas fatoriais dos itens variarem de 0,69 a 0,80, ao passo que, no estudo inicial, o intervalo foi de 0,51 a 0,77. Em relação a esta escala reduzida Veiga (2010, p. 203) refere que “tem-se um instrumento robusto que pode ser adotado em pesquisas ulteriores”.

A ECPO_R foi testada por Veiga (2010) para verificar se a qualidade psicométrica mantinha-se após revalidação. Os achados confirmaram a estrutura unifatorial e a confiabilidade foi elevada ($alpha = 0,90$). Os 13 itens explicaram 46% da variância total, e as cargas fatoriais variaram de 0,48 a 0,74.

Além disso, Veiga (2010) demonstrou que seguiu a sequência da ação, em que os 13 itens representam as características da proatividade, por meio de afirmações sobre a definição de um objetivo, coleta de informações no trabalho e diagnósticos, planejamento da ação e execução e monitoramento e *feedback* e esses itens também correspondem as propriedades do construto comportamento proativo de Kamia e Porto (2009), que são: dirigidos à organização, extrapapel, autoiniciadas, foco no longo prazo, direcionado a um objetivo, persistente diante dos obstáculos, desafiam o *status quo* e há busca ativa por oportunidades.

4.3.2 Segunda etapa do estudo – Qualitativa

A segunda etapa da pesquisa teve enfoque qualitativo, de caráter exploratório-participativo, na qual foram fomentadas discussões em torno da proatividade da equipe, um tema pouco explorado na enfermagem. De acordo com Polit e Beck (2011), a pesquisa do tipo exploratória deve-se à necessidade de investigar a natureza complexa e os outros fatores relacionados ao fenômeno de interesse. O caráter participativo derivou da própria dinâmica adotada, conforme descrito no tópico 4.3.2.2.

4.3.2.1 Participantes da etapa qualitativa

Para compor o Grupo Focal (GF), foi especialmente considerada a similaridade de atribuições e atividades entre os trabalhadores das unidades de internação, portanto, uma lista de adesão foi disponibilizada aos 252 trabalhadores de enfermagem desses locais. Inicialmente, previa-se que dos inscritos fossem sorteados 14 informantes-chave (sete enfermeiros e sete técnicos ou auxiliares de enfermagem) para três encontros. Entretanto, em razão de condições climáticas adversas (tempestades), que afetaram o deslocamento dos participantes para as atividades, houve um redimensionamento, resultando em dois encontros: o primeiro com cinco participantes (dois enfermeiros e três técnicos/auxiliares de enfermagem) e o segundo com seis participantes (dois enfermeiros e quatro técnicos/auxiliares de enfermagem). Contou-se com profissionais de enfermagem dos diversos turnos (manhã, tarde e noite), de diversas faixas etárias e níveis de escolaridade, oriundos de cinco unidades de internação.

4.3.2.2 Técnica e instrumento para coleta de dados qualitativa

A técnica de grupos focais (GF) possibilitou o esclarecimento e discussão de aspectos chave da questão de estudo. Lopes *et al.* (2010, p. 169) refere que “as expressões de cada indivíduo que participa da dinâmica sofrem a intervenção dos demais sujeitos, permitindo que a coleta dos dados também apresente modificações enquanto se realiza a atividade”. Além disso, por intermédio do GF propicia-se “a imersão do grupo no tema abordado por meio da vivência e da ação-reflexão” (LOPES *et al.*, 2010, p. 172).

Nesta pesquisa, foram desenvolvidos dois encontros quinzenais, cada um com duração de 1 hora e 40 minutos, entre 6 e 21 de outubro de 2015, em uma sala de ensino no próprio hospital, de maneira que proporcionou conforto e privacidade e facilitou a disposição das cadeiras dos participantes em círculo, a fim de permitir a visualização face-a-face entre todos os presentes.

Para a organização e condução da técnica de GF, seguiu-se a sistematização de Dall’Agnol e Trench (1999), tendo-se adotado como momentos chave: abertura de sessão, apresentação dos participantes entre si, esclarecimento sobre a dinâmica de discussões, estabelecimento do *setting grupal*⁷, debate propriamente dito, síntese dos momentos anteriores e encerramento da sessão. Houve ancoragem em um guia de temas (APÊNDICE B), tomando-se como disparadores do debate os resultados parciais da primeira etapa de coleta de dados.

Os encontros de GF foram conduzidos pela pesquisadora, enquanto moderadora dos debates, e contou com o auxílio de uma observadora não participante, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel, para o manuseio do gravador e registro das informações não verbais. A moderadora e a observadora realizavam *feedback* após cada encontro do grupo focal, já preparando o próximo. A moderadora também se encontrou sistematicamente com a pesquisadora orientadora responsável pelo estudo para discutir sobre o desenvolvimento das atividades.

⁷ Conjunto de procedimentos pactuados no grupo para organizar e possibilitar o processo grupal quanto a: horário dos encontros, pontualidade, assiduidade, saídas antecipadas, respeito às ideias, opiniões, valores e crenças dos participantes, caráter confidencial das discussões, uso de equipamentos eletrônicos, entre outros (DALL’AGNOL; TRENCH, 1999).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos por meio dos questionários foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial e as informações do grupo focal submetidas à análise do tipo temática.

4.4.1 Análise dos dados quantitativos

Os dados foram codificados e duplamente tabulados pela pesquisadora com auxílio do Microsoft Windows Excel. As discordâncias no cruzamento das duas digitações foram averiguadas e corrigidas pela pesquisadora, como base no respectivo questionário, a fim de se evitarem erros na tabulação dos dados. A digitação dos 347 questionários originou um banco de dados e outro foi gerado apenas com as respostas dos 252 participantes que atuavam nas unidades de internação hospitalar. Quanto ao emprego das técnicas estatísticas, a pesquisadora foi assessorada por profissionais com expertise em estatística e na utilização do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0.

Para a análise dos dados, primeiramente, consideraram-se os *missing values*, ou dados faltantes dos questionários, decorrentes de recusa de resposta pelo participante do estudo, já que a pesquisadora conferia com cada um dos respondentes o motivo do não preenchimento. A variável Situação Conjugal foi a que teve mais respostas em branco, correspondendo a cinco (2%) questionários da amostra de 252 participantes. Optou-se por omitir as respostas com *missing values* por considerar tal percentual baixo (15 respostas nos 347 questionários e 9, em relação aos 252) e concentrado em poucas variáveis: sexo, idade, situação conjugal, filhos, tempo de experiência na saúde e no HE/UFPel e qualidade do atendimento.

Posteriormente, verificou-se os *outliers*, ou valores atípicos, por meio dos valores de desvio padrão das variáveis menores que um em relação às suas médias e somente na variável tempo de atuação no HE/UFPel que o valor do desvio padrão foi de 1,5 em relação à sua média. Então se considerou essas variabilidades como inerentes aos profissionais da população. Além disso, foi observada a normalidade da distribuição das variáveis, por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov.

As variáveis socioprofissionais categóricas foram descritas por meio de frequências e proporções e as variáveis quantitativas por medidas de tendência central: a idade por meio de média e desvio padrão e as variáveis filhos, tempo de experiência na saúde e no HE/UFPel, número de pessoas na equipe por mediana e intervalo interquartil. A variável escolaridade em anos de estudo foi excluída da pesquisa por ter apresentado possível viés de preenchimento.

O fator de estudo grau de proatividade foi analisado por meio de média, desvio padrão, moda e classificado pelo escore da interpretação dos níveis de médias em fraco (1 a 2,49), moderado (2,5 a 3,49) e forte (acima de 3,5), conforme o número de cinco pontos da escala de resposta *Likert* (VEIGA, 2010). Além disso, a análise de consistência interna da ECPO_R aplicada nesse estudo, pelo coeficiente alpha de Cronbach, foi de 0,904, mostrando-se adequada à população pesquisada.

A análise bivariada entre a variável dependente e as variáveis socioprofissionais (idade, quantidade de filhos, tempo de experiência na saúde, tempo de experiência na instituição, número de pessoas na equipe de enfermagem, tomada de decisão compartilhada, comunicação colaborativa, liderança compartilhada, engajamento da equipe, interação positiva, satisfação no trabalho, estresse no trabalho, sobrecarga de trabalho e atendimento qualificado) foram medidas por meio do coeficiente de correlação linear simples *r* de Pearson. De acordo com Callegari-Jacques (2003), o critério para avaliar a intensidade da correlação varia de -1,00 a +1,00 (correlação perfeita), passando por 0,00 (correlação nula), dividindo em outras intensidades: zero a três (fraca), 0,3 a 0,6 (regular), 0,6 a 0,9 (forte) e 0,9 a um (muito forte) e sendo os valores negativos há uma correlação do tipo inversa, isto é, quando uma variável aumenta, outra em média diminui.

A comparação entre as médias da proatividade e das variáveis sexo, situação conjugal, categoria profissional, tipo de contrato, setor de trabalho e atua em outra instituição foi realizada pelo teste *t* de *Student*. Para análise entre a proatividade e as variáveis escolaridade e turno, utilizou-se o teste de análise de variância (ANOVA *one way* – direção única), por serem médias de três ou mais condições (ensino médio, superior, pós-graduação, etc.) e o teste *post hoc* (de comparação múltipla) de Tukey. Segundo Callegari-Jacques (2003), o procedimento de Tukey é complementar à ANOVA, visando identificar quais médias, tomadas duas a duas, diferem significativamente entre si.

Por fim, analisou-se por intermédio de regressão linear simples e multivariada a relação da proatividade com as variáveis socioprofissionais. De acordo com Hair *et al.* (2005), a Regressão Múltipla (RM) é uma técnica estatística que permite analisar a relação entre uma única variável dependente e as variáveis independentes. A RM utilizada foi do tipo seleção *stepwise* (*por etapa*), em que todas as preditoras (variáveis independentes) foram inseridas, e a sequência de saída foi *backward* (eliminação para trás, ou retroativa) por critério estatístico de $p < 0,20$, em que a cada etapa foi removida a variável menos significativa. Calculou-se a estatística *F* parcial para cada variável regressora, como se ela fosse a última variável a entrar no modelo. As premissas básicas para RM foram verificadas: linearidade, normalidade,

independência de erros, homocedasticidade. Esse tipo de regressão é empregado, quando não se tem modelos teóricos que sustentem as relações entre as variáveis. A relação entre variáveis foi considerada estatisticamente significativa com $p \leq 0,05$.

4.4.2 Análise dos dados qualitativos

A análise das informações oriundas da técnica de GF começou com a transcrição literal das gravações em áudio, obtidas em duas sessões grupais (06 e 21 de outubro de 2015). O conteúdo das transcrições foi agrupado por meio da análise temática, proposta por Minayo (2010), visando encontrar os núcleos de sentido que compõem a comunicação expressas pelos respondentes, cuja presença exponha alguma significação ao objeto de estudo.

Operacionalmente, Minayo (2010) propõe três etapas para o método analítico: a ordenação dos dados; a classificação dos dados; a análise final. A etapa de ordenação dos dados envolve a organização das informações oriundas do GF, que inclui a transcrição de áudio, a releitura do material e sua organização em determinada ordem, pretendendo o início de classificação.

A etapa de classificação dos dados foi constituída pela leitura exaustiva ou flutuante e repetida dos textos em uma relação interrogativa com eles, apreendendo as estruturas de relevância dos sujeitos sociais, as ideias centrais que tentaram comunicar e os momentos-chave de sua existência. Essa etapa permitiu ao pesquisador estabelecer as relações dialéticas entre as categorias empíricas e analíticas, construídas teoricamente como embasamentos da investigação e também incluiu a constituição de um ou vários *corpus*⁸, a partir de um recorte enquanto unidade de registro, com vistas à conformação de temas.

A etapa de análise final compreendeu a inflexão entre o material empírico e o teórico em um verdadeiro movimento dialético, permitindo estabelecer relações, contradições e conexões. A interpretação e discussão dos resultados foram pautadas nos aportes teóricos do estudo e articulados aos objetivos propostos.

⁸ Para Minayo (2010) *corpus* diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, devendo responder a algumas normas de validade qualitativa: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DO ESTUDO

Com relação aos aspectos éticos do estudo, seguiram-se recomendações contidas na Resolução CNS 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012b), que apresenta as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos.

O Projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado no Exame de Qualificação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS), em dezembro de 2014, com posterior encaminhamento para validação na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ-EENF-UFRGS). Após, houve tramitação na Plataforma Brasil sob o registro Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 43407015.2.0000.5347 e envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CEP-UFRGS), aprovado pelo parecer número 1.016.225 (ANEXO B). No momento, procedeu-se aos contatos com o campo de coleta de dados em busca de anuência para realização da pesquisa.

Para cada etapa de coleta de dados – questionário e grupo focal – foi previsto um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) individualizado (APÊNDICES C e D, respectivamente). Aos participantes foi assegurado que a pesquisa é isenta de influências hierárquicas que possam interferir no vínculo empregatício junto à instituição, campo de estudo e que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins científicos e acadêmicos.

Cada etapa de coleta de dados foi precedida da leitura e dos esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa, às garantias do direito de receber resposta a todas as dúvidas, sobre o caráter de voluntário de participação na pesquisa e sobre a liberdade dos participantes para desistir de participar do estudo em qualquer etapa da coleta dos dados, sem prejuízos, condição descrita em ambos TCLE. Estes foram assinados em duas vias, permanecendo uma cópia com a pesquisadora e outra com cada um dos participantes.

Houve garantia quanto ao caráter confidencial das informações referentes em cada etapa de coleta de dados, solicitando-se anuência para a gravação em áudio das sessões grupais, para posterior transcrição literal e análise das informações, explicando-se que as gravações em áudio serão inutilizadas após o término da pesquisa e que as transcrições literais serão armazenadas em formato eletrônico, pela pesquisadora responsável, em discos removíveis e guardados em local seguro, pelo período de cinco anos, a contar da publicação dos resultados. Após esse período, os dados armazenados serão excluídos.

O anonimato dos sujeitos participantes na apresentação dos resultados foi resguardado por meio de um codinome atribuído com números arábicos, precedidos da letra E para

enfermeiros, TA para técnicos/auxiliares de enfermagem. A validação das informações para compor o relatório da pesquisa foi prevista para os instantes finais de cada encontro do grupo focal, por meio de síntese da sessão realizada. No entanto, após a análise e estruturação das discussões grupais, foi realizado um encontro com cada um dos participantes para apresentação das falas que compuseram o relatório final do estudo, com vistas a obter a concordância dos mesmos para a divulgação do material selecionado, realçando a fidedignidade das informações e os aspectos éticos relativos à divulgação dos resultados.

Cumpramos ressaltar que, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do CNS, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, mesmo que mínimos. Assim, considerou-se que os sujeitos participantes pudessem sofrer algum tipo de desconforto como o tempo a ser despendido na resposta ao questionário e, no grupo focal, quando expressassem suas percepções sobre situações no trabalho e tivessem possíveis confrontos de ideias e opiniões durante os debates. Tais circunstâncias não aconteceram, não necessitando do manejo da pesquisadora, considerando a sua capacitação para entrada em campo. Destaca-se também o aporte e suporte da Professora Orientadora que promoveu encontros sistemáticos com a mesma, para *feedback* durante todo o processo de coleta de dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados é desdobrada em dois momentos. Inicialmente, é fornecido um panorama geral da proatividade entre profissionais de enfermagem do hospital (n=347), de onde se extraíram especificidades das unidades de internação (n=252). Essas especificidades forneceram importantes subsídios para as discussões no grupo focal (n=6), cujos resultados são apresentados na continuidade deste tópico.

5.1 A PROATIVIDADE DA ENFERMAGEM NO HOSPITAL: UM PANORAMA GERAL

Neste tópico, é apresentado um panorama geral da enfermagem do hospital (n=347) e das unidades de internação (n=252), abordando sobre o perfil e comportamento proativo, bem como sobre os fatores relacionados à proatividade.

5.1.1 Perfil e comportamento proativo dos trabalhadores de enfermagem do hospital e das unidades de internação

Na Tabela 1, constam informações sobre o perfil socioprofissional dos trabalhadores de enfermagem do HE/UFPel, indicando especificidades relativas às unidades de internação.

Neste estudo prevaleceu a quantidade de um filho, enquanto centro da distribuição desta variável. Já a predominância de mulheres, com cerca de 40 anos de idade, possuindo companheiros são características da amostra total relativa ao hospital e também se expressaram nas unidades de internação. Os dados convergem com outros estudos, como o de Griep *et al.* (2013) realizado com enfermeiros de hospitais públicos do Rio de Janeiro e, ainda, de Magnago *et al.* (2010) com trabalhadores de enfermagem.

Observou-se que auxiliares e técnicos de enfermagem estudaram além da escolaridade do ensino médio. No entanto, somente 4% da enfermagem do hospital e 2,8% daqueles em unidades de internação alcançaram formação de mestrado e/ou doutorado, mesmo dispondo de oferta de Programas de Pós-Graduação em Enfermagem no município de Pelotas e no vizinho Rio Grande, além de outros Programas nas áreas afins, igualmente públicos e outros privados.

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola segundo variáveis socioprofissionais, Pelotas, 2015

Variáveis ⁹	Hospital n = 347	Unidades de internação [#] n = 252
Sexo (n=346/251)		
Feminino	280 (80,9)	203 (80,9)
Masculino	66 (19,1)	48 (19,1)
Idade (em anos) (n=345/250)	41,6 (±9,8) [‡]	41,4 (±9,9) [‡]
Situação Conjugal[‡] (n=342/247)		
Com companheiro(a)	219 (64)	162 (65,6)
Sem companheiro(a)	123 (36)	85 (34,4)
Quantidade de Filho(s) (n=346)	01 (1-2) [‡]	01 (1-2) [‡]
Categoria profissional		
Auxiliar/técnico de enfermagem	273 (78,7)	206 (81,7)
Enfermeiro	74 (21,3)	46 (18,3)
Escolaridade		
Ensino Médio	111 (32)	92 (36,5)
Ensino Superior	127 (36,6)	85 (33,7)
Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>	95 (27,4)	68 (27,0)
Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i>	14 (04)	07 (2,8)
Tempo de experiência na saúde (em anos) (n = 344)	15 (7-22) [‡]	14 (7-22) [‡]
Tempo de trabalho na instituição (em anos) (n=345/251)*	07 (0-14) [‡]	06 (0-13) [‡]
Tipo de contrato		
Consolidado das Leis Trabalhistas (CLT)	183 (52,7)	139 (55,2)
Regime Jurídico Único	164 (47,3)	113 (44,8)
Turno		
Manhã	107 (30,8)	66 (26,2)
Tarde	91 (26,2)	64 (25,4)
Diurno ^Δ	12 (3,5)	04 (1,6)
Noturno	137 (39,5)	118 (46,8)
Atua em outra instituição		
Não	196 (56,5)	133 (52,8)
Sim	151 (43,5)	119 (47,2)
Número de pessoas na equipe de enfermagem	06 (4-8) [‡]	06 (5-8) [‡]
Atendimento qualificado (n=346)	4,5 (±0,6) [‡]	4,5 (±0,7) [‡]
Tomada de decisões compartilhada	3,9 (±1,0) [‡]	3,9 (±1,0) [‡]
Liderança compartilhada	3,8 (±1,1) [‡]	3,8 (±1,1) [‡]
Engajamento no trabalho	4,3 (±0,8) [‡]	4,3 (±0,8) [‡]
Comunicação colaborativa	4,2 (±0,8) [‡]	4,2 (±0,8) [‡]
Interação positiva (n=346)	4,3 (±0,8) [‡]	4,3 (±0,7) [‡]
Satisfação no trabalho	4,4 (±0,8) [‡]	4,4 (±0,8) [‡]
Sobrecarga de trabalho	2,5 (±1,0) [‡]	2,5 (±1,0) [‡]
Estresse no trabalho	2,6 (±1,0) [‡]	2,6 (±1,0) [‡]

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Griep *et al.* (2013) também identificaram em sua pesquisa poucos enfermeiros com esses títulos e destacaram que o baixo quantitativo de pessoal nos hospitais públicos pode delimitar a liberação de profissionais para tais cursos, os quais possuem cerca de dois, ou quatro anos de duração e exigem bastante dedicação, bem como o tipo de vínculo de trabalho

⁹ n<347 ou<252 pelos valores omissos; Frequência Absoluta (Frequência Relativa); [‡] Média (Desvio Padrão); [‡] Mediana (intervalos interquartílicos). ^Δ Profissionais que trabalham oito horas diárias. [‡] As respostas foram para Solteiro, viúvo, ou sem companheiro e Casado ou com companheiro. [#] Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas (BRASIL, 2002, p. 11).

temporário nesses hospitais e o multiemprego talvez dificultam a organização de uma agenda para priorizar a formação profissional. Além disso, os mesmos autores referem que essa escassez de enfermeiros doutores e/ou mestres, na área hospitalar, possivelmente tenha relação com os rigorosos critérios de seleção nessas pós-graduações, somada a demanda reprimida de vagas desses cursos.

Num hospital privado, denominado Israelita Albert Einstein, em São Paulo, apesar de uma parcela pequena de enfermeiros possuir pós-graduação *stricto sensu*, os resultados mostraram que a conclusão desses cursos teve influência positiva na percepção desses enfermeiros sobre suas habilidades, tais como: de buscar informações, da prática baseada em evidências e da utilização dos conhecimentos teóricos; porém essas ainda são mais desenvolvidas do que projetos de pesquisa em enfermagem (LEÃO *et al.*, 2013). No estudo de Nogueira (2009), profissionais pós-graduados de uma organização governamental vinculada ao poder executivo, tenderam a exprimir com maior frequência ou vigor comportamentos proativos. Li *et al.* (2014), numa pesquisa realizada com múltiplas organizações em Dresden, Alemanha, encontraram que pessoas proativas buscam níveis educacionais mais elevados.

Quanto à categoria profissional, tem-se um grupo composto por enfermeiros (21,3%), sendo 18,3% nas unidades de internação. O tempo de experiência na área da saúde correspondeu em torno de 15-17 anos, sendo 6-7 anos o tempo de experiência no hospital. O tipo de contrato majoritário foi via CLT, também denominado de vínculo empregatício celetista, cuja admissão no HE/UFPel foi pela Fundação de Apoio Universitário (FAU), que é de direito privado e tem por finalidade prestar apoio na execução de programas e atividades da UFPel, por exemplo, realizando a administração do hospital. Entretanto, pouco diverge da proporção de empregados no hospital pelo RJU dos servidores públicos civis, cujas relações trabalhistas com o Poder Público são regidas pelo Estatuto do Servidor Público Federal.

Entre os respondentes, quase a metade atua concomitantemente em outras instituições. Aventa-se que o contrato por tempo determinado no HE/UFPel talvez possa ter relação com a busca ou manutenção de outros vínculos empregatícios.

Há uma grande concentração de trabalhadores nos turnos da noite, em sistema de plantão de 12 horas, das 19 às 07 horas, caracterizando diferentes jornadas de trabalho entre os setores. Enquanto nas unidades Rede de Urgência e Emergência (RUE), há duas equipes de revezamento (Noite 1 e Noite 2), cada uma intercalando 36 horas de descanso após o plantão de 12 horas, nas demais unidades de internação, o revezamento é feito por três equipes (Noite 1, Noite 2 e Noite 3), viabilizando 60 horas de descanso para cada equipe após o plantão noturno.

A composição das equipes de enfermagem nas unidades de internação oscila entre quatro a oito integrantes nas equipes. Com relação a esta variável, cabe ressaltar que foram consideradas as equipes das unidades de internação, de modo geral, não se distinguindo os níveis de complexidade assistencial (cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos) e nem média de leitos e tempo médio diário de cuidados aos pacientes pelos enfermeiros e/ou auxiliares e técnicos de enfermagem em cada unidade. Tais parâmetros foram estabelecidos pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução n.º 293/2004, para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais de saúde e avaliar a carga de trabalho, determinando o número de horas de assistência de enfermagem e identificando o nível de complexidade assistencial, por meio das categorias do Sistema de Classificação de Pacientes (COFEN, 2014).

Na Tabela 2 estão descritos os escores médios dos itens da Escala de Comportamento Proativo nas Organizações – versão reduzida (ECPO_R).

Segundo Kamia (2007), cada item da escala corresponde a diferentes atributos da proatividade. Assim, os itens pontuados com os maiores escores na escala correspondem à capacidade de iniciativa dos respondentes em buscar conhecimentos, ideias e maneiras de atividades relativas ao processo de trabalho, de modo a atingir melhores desempenhos e a capacidade de refletir sobre as ações que possibilitarão repercussões positivas no futuro, o que está relacionado a ter objetivos, realizar diagnósticos e avaliar as ações desenvolvidas em seu ambiente de trabalho.

Considerando que a proatividade diz respeito ao conjunto de comportamentos que são autoiniciados pelos trabalhadores, como foco no futuro e que persistem diante dos obstáculos (FRESE, 2001), pode-se apontar a predisposição dos trabalhadores de enfermagem do HE para buscar e realizar melhorias no ambiente laboral. Nesse sentido, a inovação requer que as ideias criativas sejam implementadas, impactando em mudanças (TORNAU; FRESE, 2013) e ser proativo implica em lidar com essas mudanças e superar obstáculos na direção de uma meta (OHLY; SONNENTAG; PLUNTKE, 2006), o que pode ser benéfico para que os profissionais de enfermagem procurem enfrentar as barreiras na sua unidade de atuação da melhor maneira possível.

Tabela 2 – Escores Médios do Comportamento Proativo dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola, Pelotas, 2015

Itens	Hospital n=347			Unidades de internação n=252		
	Média	Moda	DP	Média	Moda	DP
01. Participo ativamente da empresa, analisando as melhores práticas para o trabalho.	3,03	4	1,348	3,04	3	1,325
02. Ao planejar a implementação de melhorias no trabalho, penso em como ajudar os meus pares a se adaptarem às novas práticas.	3,92	4	1,087	3,88	4	1,092
03. Busco conhecimento prévio para planejar e implementar ações de melhorias.	3,85	4	1,032	3,77	4	1,039
04. Coloco minhas ideias de melhorias em prática.	3,67	4	1,010	3,67	4	1,016
05. Crio oportunidades para agir de forma a melhorar esta organização.	3,62	4	1,096	3,63	4	1,079
06. Dou novas sugestões para melhorar esta organização.	3,54	4	1,089	3,51	4	1,066
07. Efetuo mudanças visando à melhoria da organização.	3,27	4	1,175	3,23	3	1,136
08. Busco aprender novos conhecimentos que trarão benefícios futuros para a organização.	4,10	5	0,912	4,04	4	0,903
09. Melhero os sistemas e práticas organizacionais.	3,44	4	1,074	3,42	4	1,044
10. Não espero respostas prontas, busco ativamente por alternativas.	3,86	4	0,906	3,88	4	0,917
11. Observo a rotina do meu setor de trabalho e penso em como poderia melhorá-la.	4,16	4	0,830	4,10	4	0,831
12. Se percebo que os sistemas ou práticas organizacionais podem ser melhorados, coloco em prática novas ideias que tragam melhorias para a empresa.	3,38	3	1,155	3,37	3	1,134
13. Se percebo que os sistemas ou práticas organizacionais podem ser melhorados, sugiro novas ideias que tragam melhorias para a empresa.	3,62	4	1,156	3,56	4	1,167
Proatividade	3,65	3,85	0,73	3,62	3,62	0,72

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A média de comportamentos proativos percebida pelos participantes do estudo foi de 3,65 ($\pm 0,73$) e nas unidades de internação 3,62 ($\pm 0,73$). Na análise dessa média é necessário retomar que as respostas da ECPO_R localizam-se de um a cinco, sendo a média interpretada como forte, quando superior a 3,5. Portanto, os profissionais de enfermagem das unidades de internação perceberam-se como proativos, assim como o grupo de enfermagem, ao se considerar todas as unidades do hospital.

Outra análise relevante da ECPO_R é sobre a quantidade de itens com médias interpretadas como fortes, acima de 3,5, e com a mesma moda. Neste estudo, nove itens tiveram média forte e a moda quatro, o que representa semelhantes entendimentos de tais comportamentos entre os participantes da pesquisa e a proatividade enquanto característica dos trabalhadores. Esses nove itens para Kamia (2007) correspondem a diferentes atributos que remetem à proatividade dos trabalhadores a partir de ações direcionadas ao objetivo comum de melhorar o ambiente de trabalho e da iniciativa para buscar conhecimentos, bem como para sugerir ideias e colocá-las em prática.

Entretanto, os itens da escala com médias moderadas e diferentes modas relacionam-se às distintas compreensões entre os respondentes e pode refletir a percepção de dificuldades. Segundo Kamia (2007) tais itens referem-se às conquistas de melhorias no trabalho, por meio da execução e avaliação das ações.

Com relação à análise do desvio padrão, no presente estudo, é similar a percepção dos profissionais sobre a proatividade. Desses nove itens da ECPO_R, com resultados de média maior que 3,5, destaca-se o item 11 com a média mais elevada, o resultado do desvio padrão foi menor que 0,91, o que denota a concordância dos respondentes de que tais itens representam as atitudes dos trabalhadores mais proativos do HE/UFPel e o potencial de pensar melhorias para a rotina de trabalho.

Além disso, em 10 dos 13 itens da ECPO_R, a moda foi quatro, ressaltando-se que os respondentes compreenderam, de modo similar, essas afirmações dos itens da escala. Quanto à participação ativa na empresa (item 1), alcançou a média mais baixa da escala, e o elevado desvio padrão indica divergências nas percepções entre os respondentes em relação a essa afirmação.

A congruência das compreensões entre os trabalhadores acerca do comportamento proativo é favorável para que os indivíduos das equipes o desenvolvam. Veiga (2010) identificou, em sua pesquisa, a influência do grupo sobre os valores que são desejáveis para os seus integrantes, de modo que se o grupo não apoia o comportamento proativo, é menos provável que esse seja apresentado no ambiente de trabalho e, em contrapartida, se o grupo o aprova, é possível que os indivíduos se engajem em comportamentos proativos.

Os resultados do presente estudo foram similares a de outros, como o de Santos (2009), em que se aplicou a ECPO_R com funcionários da empresa pública de direito privado Companhia de Saneamento Ambiental (3,79; $\pm 0,53$); Silva (2010) com servidores de uma empresa pública de Correios e Telégrafos (3,71; $\pm 0,69$) e Veiga (2010) com colaboradores de empresa de energia (3,83; $\pm 0,52$), de alimentação (3,80; $\pm 0,62$); de segurança (3,50; $\pm 0,92$); do Poder Executivo (3,62; $\pm 0,66$) e de turismo (3,64; $\pm 0,62$).

Na Tabela 3 estão apresentados o grau de proatividade dos trabalhadores de enfermagem, conforme a interpretação dos níveis de médias em fraco, moderado e forte emissão de comportamentos proativos.

Tabela 3 – Graus de proatividade dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola, Pelotas, 2015

Graus de proatividade dos trabalhadores de enfermagem	Hospital n=347 n (%)	Unidades de internação n=252 n (%)
Fraco	27 (7,8)	21 (8,3)
Moderado	102 (29,4)	76 (30,2)
Forte	218 (62,8)	155 (61,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Observa-se que 218 (62,8%) dos trabalhadores do hospital e 155 (61,5%) das unidades de internação tiveram a autopercepção do comportamento esperado por trabalhadores fortemente proativos nos diferentes setores de atuação. Chama-se atenção que ainda 8% dos profissionais não se veem proativos no trabalho.

5.1.2 Fatores relacionados à proatividade dos trabalhadores de enfermagem do hospital e das unidades de internação

O cruzamento das variáveis socioprofissionais com a proatividade é explicitado na Tabela 4. A proatividade teve relação estatisticamente significativa, tanto na amostra do hospital, como nas unidades de internação, com as variáveis: categoria profissional, tempo de trabalho na instituição, atendimento qualificado, tomada de decisões compartilhada, liderança compartilhada, engajamento no trabalho, comunicação colaborativa, interação positiva e satisfação no trabalho. Na amostra do hospital, houve relação da proatividade com as variáveis idade e tempo de experiência na área da saúde e na instituição e, na amostra das unidades de internação, somente com o tipo de contrato.

Destaca-se que há diferença estatisticamente significativa entre as médias de proatividade dos enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem em ambas amostras e nas unidades de internação, entre as médias de proatividade daqueles com o contrato pela CLT e pelo RJU.

Houve correlação fraca da proatividade e inversamente proporcional com as variáveis idade, tempo de experiência na área da saúde e de trabalho na instituição, portanto, o aumento nos anos de idade, de experiência na área da saúde e na instituição corresponde à diminuição nos escores de proatividade. A emissão de comportamentos proativos teve correlação fraca com satisfação no trabalho, atendimento qualificado e interação positiva (somente na amostra do hospital), o que significa que o aumento nos escores médios dessas variáveis independentes, aumenta o escore de proatividade.

Tabela 4 – Análise das relações entre as variáveis socioprofissionais e a proatividade dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola, Pelotas, 2015

Variáveis ¹⁰	Hospital n=347		Unidades de internação n=252	
	Média (DP)	Valor-p	Média (DP)	Valor-p
Sexo (n=346/251)		0,536 ^l		0,271 ^l
Feminino	3,67 (±0,75)		3,65 (±0,73)	
Masculino	3,60 (±0,63)		3,53 (±0,66)	
Idade (em anos) (n=345/250)	-0,108	0,022	-0,089	0,161
Situação Conjugal[‡] (n=342/247)		0,769 ^l		0,791 ^l
Com companheiro(a)	3,66 (±0,71)		3,64 (±0,69)	
Sem companheiro(a)	3,64 (±0,79)		3,61 (±0,79)	
Quantidade de Filho(s) (n=346)	-0,058	0,139	-0,069	0,274
Categoria profissional		<0,001 ^l		<0,001 ^l
Auxiliar/técnico de enfermagem	3,56 (±0,75)		3,55 (±0,74)	
Enfermeiro	3,98 (±0,56)		3,94 (±0,57)	
Escolaridade		0,256 [†]		0,571 [†]
Ensino Médio	3,56 (±0,79)		3,57 (±0,78)	
Ensino Superior	3,56 (±0,73)		3,52 (±0,69)	
Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>	3,85 (±0,64)		3,80 (±0,66)	
Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i>	3,83 (±0,61)		3,76 (±0,79)	
Tempo de experiência na saúde (em anos) (n = 344)	-0,108	0,023	-0,087	0,169
Setor de trabalho		0,269 ^l	-	-
Unidades de internação	3,62 (±0,72)		-	
Outros ^L	3,72 (±0,76)		-	
Tempo de trabalho na instituição (em anos) (n=345/251)	-0,103	0,027	-0,189	0,001
Tipo de contrato		0,119 ^l		0,017 ^l
Consolidado das Leis Trabalhistas	3,71 (±0,73)		3,72 (±0,70)	
Regime Jurídico Único	3,59 (±0,74)		3,50 (±0,73)	
Turno		0,154 [†]		0,101 [†]
Manhã	3,64 (±0,74)		3,63 (±0,73)	
Tarde	3,85 (±0,60)		3,83 (±0,59)	
Diurno ^A	4,10 (±0,56)		4,25 (±0,60)	
Noturno	3,49 (±0,78)		3,49 (±0,76)	
Atua em outra instituição		0,506 ^l		0,277 ^l
Não	3,63 (±0,74)		3,58 (±0,72)	
Sim	3,68 (±0,73)		3,68 (±0,73)	
Número de pessoas na equipe de enfermagem	-0,010	0,846	0,106	0,093
Atendimento qualificado (n=346)	0,251	<0,001	0,273	<0,001
Tomada de decisões compartilhada	0,429	<0,001	0,437	<0,001
Liderança compartilhada	0,425	<0,001	0,448	<0,001
Engajamento no trabalho	0,329	<0,001	0,399	<0,001
Comunicação colaborativa	0,334	<0,001	0,351	<0,001
Interação positiva (n=346)	0,280	<0,001	0,335	<0,001
Satisfação no trabalho	0,164	0,002	0,179	0,004
Sobrecarga de trabalho	-0,015	0,775	-0,007	0,917
Estresse no trabalho	-0,044	0,419	-0,015	0,809

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

¹⁰ Variável dependente Escore Médio de Comportamento Proativo. n<347 ou n <252 pelos valores omissos. ^AProfissionais que trabalham oito horas diárias. ^LAmbulatório Especializado, Bloco Cirúrgico, Central de Materiais e Esterilização, Comissão de Controle da Infecção Hospitalar, Endoscopia, Gestão, Hospital Dia, Imagenologia, Melhor em Casa, Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar Oncológico, Unidade Oncológica: quimioterapia. ^lTeste t de Student, Coeficiente de Correlação de Pearson. Varia de -1,00 a +1,00 (correlação perfeita), 0,00 (correlação nula), dividindo-se em outras intensidades: zero a três (fraca), 0,3 a 0,6 (regular), 0,6 a 0,9 (forte) e 0,9 a um (muito forte). [†]Teste de Tukey HSD *post hoc* ANOVA.

E, numa correlação regular da proatividade com tomadas de decisões compartilhadas, liderança compartilhada, engajamento no trabalho, comunicação colaborativa e interação positiva (apenas nas unidades de internação), de modo que o aumento dessas variáveis independentes aumenta a proatividade. E, embora a relação entre proatividade e turno de trabalho não tenha sido estatisticamente significativa, chama-se atenção para o grau moderado (média=3,49) de emissão de comportamentos proativos dos trabalhadores do noturno na amostra do hospital e das unidades de internação.

Noutros estudos que aplicaram a mesma escala ECPO_R, não foi encontrada correlação das variáveis socioprofissionais com a proatividade (SILVA, 2010; SANTOS, 2009) e nem na escala original de Kamia (2007). Já Pereira (2008) identificou que significativamente os profissionais tendem a apresentar mais comportamentos proativos conforme o tempo de serviço aumenta. Ainda, a mesma autora pontua que nas instituições e entre colegas há um tempo necessário de familiarização e conquista de abertura para livres iniciativas para, assim, ser possível contemplar as características da proatividade, tais como: planejamento e execução de ideias; enfrentamento de obstáculos e ser a parte principal na realização de um ato. Todavia, ressalta-se que se as atitudes mais proativas dos trabalhadores, com o passar do tempo, não forem valorizadas pela organização e por seus pares ou não apresentem os resultados desejados, os profissionais tendem a expressar com menos vigor a proatividade.

Em meta-análises que não utilizaram a ECPO_R, como na de Tornau e Frese (2013), a idade possuiu correlação fraca com a proatividade e Ng e Feldman (2008) e Posthuma e Champion (2009) referem que o desempenho no trabalho não parece diminuir com o avanço da idade. Na pesquisa de Thomas, Whitman e Viswesvaran (2010) as correlações significativas entre a idade e construções proativas focais permaneceram baixas. No estudo de Truxillo *et al.* (2012), trabalhadores mais jovens foram percebidos de forma mais positiva em termos de personalidade proativa e essa compreensão possivelmente esteja relacionada com o estereótipo de que profissionais mais velhos tenham menos energia para trabalhar. Numa pesquisa desenvolvida com enfermeiras de hospitais universitários turcos (ERKUTLU; CHAFRA, 2012), houve associação significativa entre idade e comportamento proativo no trabalho.

A proatividade pode ser influenciada também pela questão da deterioração da saúde do trabalhador ao longo dos anos. Estudo realizado por Letvak, Ruhm e Gupta (2013), na Carolina do Norte, Estados Unidos da América (EUA), documenta que os enfermeiros mais antigos são mais desafiados por problemas de saúde do que os enfermeiros mais jovens e esses problemas de saúde estão levando a uma menor produtividade e potenciais preocupações de segurança dos pacientes, especificamente quedas de pacientes. Ng e Feldman (2013) identificaram, em sua

pesquisa, que os trabalhadores mais velhos apresentaram queixas somáticas e baixa proatividade e menos comportamentos relacionados à inovação diante de supervisores que minam de forma negativa as interações na equipe, por meio de atitudes de menosprezar as ideias destes profissionais, de fazer comentários depreciativos em razão de preconceitos com pessoas mais velhas por conceberem estes trabalhadores com menor capacidade física e de saúde e, ainda, de recursar-se a ajudar.

Em outra pesquisa com enfermeiros de um hospital da Carolina do Norte (EUA), a idade ($\beta=0,01$; $p=0,04$) e o tempo de trabalho ($\beta=0,01$; $p=0,05$) na unidade tiveram associação significativa com o comportamento proativo no trabalho, explicando 27,5% da variância na proatividade (WARSHAWSKY; HAVENS; KNAFL, 2012). Koh, Park, Wickens (2014) identificaram num hospital universitário de Cingapura, que os enfermeiros experientes exibiram maior priorização de tarefas e antecipação às necessidades, colaborando com a equipe, o que é característica da proatividade, além de cometerem menos erros, tiveram significativamente melhor desempenho em suas habilidades cognitivas não técnicas do que as enfermeiras inexperientes.

No estudo de Pereira (2008), aconteceu a mesma oscilação quanto ao tempo de trabalho e a proatividade. Recém-chegados na empresa com menos de um ano tenderam a exprimir menor proatividade, com três anos na empresa atingiram o maior vigor na expressão da proatividade, mas tornou a diminuir no decorrer de um ano e elevou-se novamente aos cinco anos e nos anos seguintes. Mais recentemente, Borges (2014) identificou que os mais jovens tendem a aumentar a proatividade na medida em que estão desenvolvendo novas competências, são novos no mercado de trabalho e precisam mostrar desempenho na sua atuação. Na enfermagem, Warshawsky, Havens e Knafl (2012) encontraram que a idade do profissional tem relação com a proatividade e engajamento no trabalho.

No que tange, as diferenças na emissão de comportamentos proativos pelo enfermeiro e auxiliar e técnico de enfermagem, estas podem ser influenciadas pelos salários distintos entre essas categorias, bem como pela formação, respectivamente, em nível superior e médio e posição hierárquica superior do enfermeiro e de subordinação dos demais. Em relação ao vínculo empregatício CLT e RJU, a estabilidade advinda do regime estatutário em contraponto ao contrato por tempo determinado pode afetar também a proatividade dos trabalhadores.

O comportamento proativo correlacionado com a satisfação no trabalho também foi observado noutra pesquisa, de Eldor e Harpaz (2016) em Israel, $r=0,13$; $p<0,001$. Erdogan e Bauer (2005) sugerem que profissionais proativos são mais satisfeitos com seus trabalhos por serem capazes de superar barreiras para a satisfação. Wang e Kim (2013) desenvolveram uma

investigação na China, em que identificaram a correlação entre proatividade e interação social ($r=0,53$; $p<0,01$), indicando que melhor desempenho e relacionamentos sociais, ao passo que os trabalhadores se sentem mais incluídos.

Na década de 1990, Parker e Murphy (1998) já descreveram a positiva e significativa associação da proatividade com a comunicação entre colaboradores de equipes de trabalho. Parker e Wu (2012) indicam que a proatividade dos trabalhadores pode ser facilitada pelos líderes ao estabelecerem uma comunicação compartilhada com a equipe, já que melhora o conhecimento dos seus integrantes.

Do mesmo modo, a relação da proatividade com as variáveis atendimento qualificado, tomada de decisões compartilhada, liderança compartilhada procedeu no modelo de regressão, a seguir na Tabela 5:

Tabela 5 – Análise bruta e ajustada de aspectos laborais com o escore de proatividade dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola, Pelotas, 2015

Aspectos laborais ¹¹ (n = 347)	Proatividade dos trabalhadores de enfermagem no hospital			
	Análise bruta	Valor- p [§]	Análise ajustada	Valor- p ^l
	β (IC95%)		β (IC95%)	
Tomada de decisões compartilhadas	0,31 (0,24; 0,37)	<0,001	0,19 (0,11; 0,26)	<0,001
Liderança compartilhada	0,29 (0,22; 0,36)	<0,001	0,16 (0,08; 0,23)	<0,001
Atendimento qualificado	0,30 (0,17; 0,41)	<0,001	0,19 (0,08; 0,30)	0,001
Engajamento no trabalho	0,30 (0,21; 0,39)	<0,001	0,09 (-0,001; 0,19)	0,052
Satisfação no trabalho	0,16 (0,06; 0,26)	0,002	-0,05 (-0,15; 0,05)	0,343
Interação positiva	0,27 (0,17; 0,37)	<0,001	0,03 (-0,09; 0,15)	0,654
Sobrecarga de trabalho	0,01 (-0,07; 0,09)	0,775	-0,02 (-0,09; 0,06)	0,682
Estresse no trabalho	0,03 (-0,05; 0,11)	0,419	-0,01 (-0,09; 0,78)	0,872
Comunicação colaborativa	0,30 (0,21; 0,39)	<0,001	-0,01 (-0,12; 0,01)	0,861

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Igualmente, a associação da proatividade das variáveis tomada de decisões compartilhadas, liderança compartilhada, atendimento qualificado e engajamento no trabalho resultou no modelo de regressão, a seguir na Tabela 6:

¹¹ § Regressão Linear Simples; ^lRegressão Linear Múltipla. Coeficiente de determinação: 0,27.

Tabela 6 – Análise bruta e ajustada de aspectos laborais com o escore de proatividade dos trabalhadores de enfermagem das unidades de internação do Hospital Escola, Pelotas, 2015

Aspectos laborais ¹² (n = 252)	Proatividade dos trabalhadores de enfermagem das unidades de internação			
	Análise bruta	Valor- p [§]	Análise ajustada	Valor- p ^l
	β (IC95%)		β (IC95%)	
Atendimento qualificado	0,31 (0,17; 0,44)	<0,001	0,23 (0,12; 0,35)	<0,001
Tomada de decisões compartilhada	0,31 (0,23; 0,40)	<0,001	0,18 (0,09; 0,26)	<0,001
Liderança compartilhada	0,30 (0,23; 0,38)	<0,001	0,16 (0,08; 0,25)	<0,001
Engajamento no trabalho	0,36 (0,26; 0,46)	<0,001	0,16 (0,06; 0,27)	0,002
Comunicação colaborativa	0,31 (0,21; 0,42)	<0,001	-0,49 (-0,17; 0,07)	0,429
Interação positiva	0,33 (0,21; 0,44)	<0,001	0,04 (-0,10; 0,17)	0,584
Satisfação no trabalho	0,17 (0,05; 0,28)	0,004	-0,05 (-0,16; 0,05)	0,327
Sobrecarga de trabalho	-0,01 (-0,10; 0,10)	0,914	-0,01 (-0,11; 0,09)	0,818
Estresse no trabalho	0,01 (-0,08; 0,11)	0,809	-0,03 (-0,11; 0,06)	0,551

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O cruzamento da proatividade com aspectos laborais no hospital e nas unidades de internação foi realizado por meio da análise bruta e ajustada obtida pela regressão linear. O valor médio das variáveis tomada de decisões compartilhadas, liderança compartilhada e atendimento qualificado foram preditoras significativas de comportamento proativo, sendo a variação da explicação do modelo de 27% ($R^2 = 0,28$; R^2 ajustado=0,27; $F= 33,63$; $p < 0,001$). Na Tabela 6, que corresponde a essa mesma análise nas unidades de internação, a variação da explicação do modelo de 35%.

Na literatura, outra investigação de Warshawsky, Havens e Knafl (2012), que mais se aproximou da associação da qualidade do atendimento à proatividade foi com enfermeiros de hospital da Carolina do Norte (EUA), na qual os gerentes de enfermagem foram solicitados a classificar o quão proativamente eles responderam a erros médicos identificados em suas unidades. A pontuação média foi de 4,01 ($\pm 0,48$) na escala de comportamento proativo de cinco pontos, o que indica que esses gerentes responderam de forma proativa a erros médicos.

A associação positiva e significativa entre participação da equipe na tomada decisões e o comportamento proativo também foi encontrada noutro estudo, de Lantz, Hansen e Antoni (2015), com empregados do grupo Volvo da Suécia ($\beta=0,21$; $p<0,001$). No estudo de Chiaburu *et al.* (2014) a liderança transformacional foi relacionada positivamente à proatividade com medida de regressão padronizada de $\beta=0,18$; 34,5% da explicação do modelo. A relação positiva e significativa entre engajamento no trabalho e proatividade apareceu noutra pesquisa (BAKKER; TIMS; DERKS, 2012) com trabalhadores da Holanda de variados setores como

¹² § Regressão Linear Simples; ^lRegressão Linear Múltipla. Coeficiente de determinação: 0,35.

ensino, prefeitura, clínica geral pública e agência privada de recrutamento e seleção ($\beta=0,36$; $p<0,001$).

Tabela 7 – Análise bruta e ajustada dos escores de proatividade com as variáveis socioprofissionais dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola, Pelotas, 2015

Variáveis socioprofissionais do hospital ¹³ (n=347)	Análise bruta β (IC95%)	Valor-p	Análise ajustada [#] β (IC95%)	Valor-p
Sexo (n=346)*		0,536		0,841
Feminino	0,06 (-0,13; 0,26)		0,20 (-0,18; 0,22)	
Masculino	1,00		1,00	
Idade (em anos) (n=345)*		0,020		0,012
22 a 30	1,00		1,00	
31 a 40	-0,11 (-0,36; 0,13)		-0,02 (-0,29; 0,24)	
41 a 50	-0,39 (-0,63; -0,14)		-0,35 (-0,67; -0,03)	
51 a 60	-0,15 (-0,44; 0,13)		-0,02 (-0,44; 0,39)	
61 a 69	-0,39 (-0,82; 0,05)		-0,08 (-0,71; 0,56)	
Situação conjugal (n=342)*		0,769		0,899
Com companheiro(a)	0,02 (-0,14; 0,19)		-0,01 (-0,18; 0,15)	
Sem companheiro(a)	1,00		1,00	
Número de filho(s) (n=346)*		0,766		0,018
Zero	1,00		1,00	
1 a 2	-0,20 (-0,39; -0,01)		0,01 (-0,21; 0,20)	
3 a 5	0,01 (-0,25; 0,28)		0,32 (0,03; 0,60)	
Categoria profissional		<0,001		0,039
Auxiliar/técnico de enfermagem	-0,42 (-0,61; -0,24)		-0,25 (-0,50; -0,01)	
Enfermeiro	1,00		1,00	
Nível de escolaridade		0,004		0,188
Ensino Médio	1,00		1,00	
Ensino Superior	-0,00 (-0,19; 0,18)		0,18 (-0,17; 0,20)	
PG <i>Lato Sensu</i>	0,29 (0,09; 0,49)		0,22 (-0,01; 0,46)	
PG <i>Stricto Sensu</i>	0,27 (-0,13; 0,67)		0,02 (-0,42; 0,46)	
Tempo de experiência na área da saúde (em anos) (n=344)*		0,044		0,092
0 a 10	1,00		1,00	
11 a 20	-0,20 (-0,38; -0,02)		0,28 (-0,21; 0,26)	
21 a 30	-0,03 (-0,25; 0,19)		-0,01 (-0,35; 0,34)	
31 a 40	-0,26 (-0,56; 0,04)		-0,25 (-0,74; 0,23)	
41 a 48	-1,09 (-1,92; -0,25)		-1,27 (-2,25; -0,28)	
Tempo de trabalho na instituição (em anos) (n=345)*		0,056		0,023
0 a 5	1,00		1,00	
6 a 10	0,06 (-0,18; 0,30)		0,13 (-0,12; 0,38)	
11 a 15	-0,38 (-0,59; -0,17)		-0,12 (-0,38; 0,13)	
16 a 20	0,05 (-0,17; 0,27)		0,25 (-0,08; 0,57)	
21 a 25	0,32 (-0,19; 0,83)		0,39 (-0,17; 0,95)	
26 a 32	-0,62 (-1,02; -0,22)		-0,34 (-0,84; 0,15)	
Tipo de contrato		0,119		0,975
CLT	1,00		1,00	
Regime Jurídico Único	-0,12 (-0,28; 0,03)		-0,004 (-0,28; 0,27)	
Setor de trabalho		0,269		0,707
Internação hospitalar	1,00		1,00	
Outras unidades	0,98 (-0,08; 0,27)		0,04 (-0,15; 0,22)	

¹³ # ajustada para todas as variáveis da tabela através de seleção para trás (critério valor-p < 0,20). Coeficiente de determinação: 0,16.

Turno		0,407		0,012
Manhã	1,00		1,00	
Tarde	0,20 (0,004; 0,41)		0,21 (0,01; 0,41)	
Diurno	0,46 (0,03; 0,89)		0,24 (-0,18; 0,67)	
Noturno	-0,15 (-0,33; 0,03)		-0,11 (-0,29; 0,08)	
Atua noutra instituição		0,506		0,712
Não	-0,05 (-0,21; 0,10)		-0,03 (-0,18; 0,12)	
Sim	1,00		1,00	
Número de pessoas na equipe de enfermagem		0,327		0,389
1 a 5	1,00		1,00	
6 a 9	-0,10 (-0,27; 0,06)		-0,03 (-0,19; 0,13)	
10 a 29	-0,08 (-0,32; 0,17)		-0,17 (-0,41; 0,07)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A idade, o turno de trabalho, o número de filhos, o tempo de trabalho no HE/UFPeL e a categoria profissional foram significativos preditores do comportamento proativo dos trabalhadores de enfermagem do HE/UFPeL. Tal conjunto de variáveis preditoras explicou 16% da variância do comportamento proativo ($R^2 = 0,21$; R^2 ajustado=0,16; $F= 3,91$; $p<0,001$).

A faixa etária de idade de 41 a 50 anos, com Intervalo de Confiança (IC) de 95%, ($\beta=-0,35$; IC [0,67; 0,03]; $t=-2,04$) teve relação negativa com a proatividade. Interpreta-se que houve uma diferença de proatividade na faixa etária de 41 a 50 anos para 22 a 30 anos, embora tenha sido uma relação fraca. O escore da proatividade em média diminuiu 0,35 unidades na faixa etária de 41 a 50 anos em relação a uma unidade da proatividade na faixa de 22 a 30 anos.

A proatividade no turno de trabalho da tarde em média aumentou 0,21 unidades em relação a uma unidade do escore de proatividade dos trabalhadores do turno da manhã. No escore de proatividade, os trabalhadores com três a cinco filhos em média aumentaram em 0,32 unidades na relação de uma unidade do escore dos trabalhadores sem filhos. Quanto ao tempo de trabalho na instituição no intervalo de 16 a 20 anos, aumenta em média 0,25 no escore de proatividade em relação a uma unidade do escore dos trabalhadores com menos de cinco anos no HE/UFPeL. A proatividade do auxiliar/técnico de enfermagem diminuiu em média 0,25 unidades ($\beta=-0,25$; IC [-0,5; -0,01]; $t=-2,07$) em relação a uma unidade do escore de proatividade do enfermeiro.

Diante do que foi apresentado sobre as relações da proatividade com outros fatores, por fim, apresentam-se as variáveis influenciam o comportamento proativo dos trabalhadores das unidades de internação, conforme Tabela 8:

Tabela 8 – Análise bruta e ajustada dos escores de proatividade com as variáveis socioprofissionais dos trabalhadores de enfermagem das unidades de internação do Hospital Escola, Pelotas, 2015

Variáveis socioprofissionais das unidades de internação ¹⁴ (n=252)	Análise bruta β (IC95%)	Valor-p	Análise ajustada [#] β (IC95%)	Valor-p
Sexo (n=251)*		0,271		0,624
Feminino	0,13 (-0,10; 0,35)		0,06 (-0,17; 0,28)	
Masculino	1,00		1,00	
Idade (em anos) (n=250)*		0,256		0,006
22 a 30	1,00		1,00	
31 a 40	-0,22 (-0,46; 0,03)		-0,04 (-0,30; 0,22)	
41 a 50	-0,43 (-0,68; -0,17)		-0,19 (-0,52; 0,14)	
51 a 60	0,04 (-0,32; 0,40)		0,53 (0,01; 1,04)	
61 a 69	0,35 (-0,65; 1,35)		1,78 (0,56; 2,99)	
Situação conjugal (n=247)*		0,791		0,492
Com companheiro(a)	0,03 (-0,17; 0,22)		0,07 (-0,13; 0,27)	
Sem companheiro(a)	1,00		1,00	
Número de filho(s)		0,657		0,281
Zero	1,00		1,00	
1 a 2	-0,26 (-0,48; -0,04)		-0,04 (-0,29; 0,21)	
3 a 5	-0,01 (-0,31; 0,28)		0,16 (-0,16; 0,49)	
Categoria profissional		0,001		0,122
Auxiliar/técnico de enfermagem	-0,38 (-0,61; 0,15)		-0,23 (-0,52; 0,06)	
Enfermeiro	1,00		1,00	
Nível de escolaridade		0,061		0,091
Ensino Médio	1,00		1,00	
Ensino Superior	-0,05 (-0,26; 0,16)		0,02 (-0,20; 0,23)	
Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>	0,23 (0,001; 0,45)		0,31 (0,04; 0,59)	
Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i>	0,18 (-0,37; 0,74)		0,17 (-0,43; 0,76)	
Tempo de experiência na área da saúde (em anos) (n=251)*		0,102		0,063
0 a 10	1,00		1,00	
11 a 20	-0,24 (-0,43; -0,03)		-0,04 (-0,31; 0,23)	
21 a 30	-0,17 (-0,43; 0,09)		-0,07 (-0,48; 0,34)	
31 a 40	-0,17 (-0,51; 0,17)		-0,16 (-0,70; 0,39)	
41 a 48	-0,44 (-1,45; 0,58)		-1,83 (-3,05; -0,60)	
Tempo de trabalho na instituição (em anos) (n=251)*		0,005		0,004
0 a 5	1,00		1,00	
6 a 10	-0,06 (-0,34; 0,23)		-0,11 (-0,42; 0,20)	
11 a 15	-0,44 (-0,68; -0,20)		-0,14 (-0,70; -0,12)	
16 a 20	-0,14 (-0,39; 0,11)		-0,14 (-0,53; 0,25)	
21 a 25	0,27 (-0,36; 0,90)		0,04 (-0,66; 0,75)	
26 a 32	-0,79 (-1,33; -0,26)		-1,06 (-1,75; -0,38)	
Tipo de contrato		0,017		0,571
Regime CLT	1,00		1,00	
Regime Jurídico Único	-0,22 (-0,40; -0,04)		-0,09 (-0,42; 0,23)	
Turno		0,246		0,268
Manhã	1,00		1,00	
Tarde	0,20 (-0,05; 0,44)		0,14 (-0,11; 0,39)	
Diurno	0,62 (-0,10; 1,34)		0,37 (-0,34; 1,07)	
Noturno	-0,14 (-0,36; 0,07)		-0,07 (-0,29; 0,15)	
Atua noutra instituição		0,277		0,572
Não	-0,10 (-0,28; 0,08)		-0,05 (-0,23; 0,13)	
Sim	1,00		1,00	

¹⁴ #ajustada para todas as variáveis da tabela através de seleção para trás (critério valor-p < 0,20). Coeficiente de determinação: 0,14.

Número de pessoas na equipe de enfermagem	0,487	0,860
1 a 5	1,00	1,00
6 a 9	0,02 (-0,17; 0,21)	0,45 (-0,15; 0,24)
10 a 29	0,14 (-0,18; 0,46)	0,08 (-0,26; 0,42)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

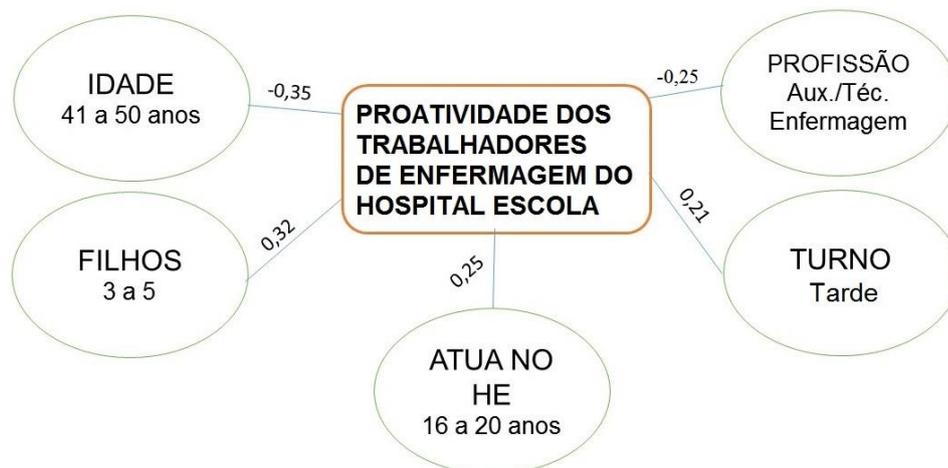
Já, nas unidades de internação, as variáveis idade e tempo de atuação no HE/UFPel foram significativas preditoras do comportamento proativo dos trabalhadores de enfermagem. Tal conjunto de variáveis preditoras explicou 14% da variância do comportamento proativo ($R^2=0,20$; R^2 ajustado=0,14; $F=3,43$; $p < 0,001$).

A faixa etária de idade de 51 a 60 anos, com IC de 95%, ($\beta=0,53$; IC [0,01; 1,04]; $t=2,01$) e de 61 a 69 anos ($\beta=1,78$; IC [0,56; 2,99]; $t=2,88$), teve relação positiva com a proatividade, isto é, de 51 a 69 anos, na medida em que aumenta a idade, aumenta a proatividade, em relação à faixa etária de 22 a 30 anos de idade.

O tempo de trabalho na instituição no intervalo de 11 a 15 anos ($\beta=0,14$; IC [-0,70; -0,12]; $t=-2,79$) e no de 26 a 32 anos ($\beta=1,06$; IC [-1,75; -0,38]; $t=-3,05$) teve relação negativa com a proatividade, podendo-se concluir que a proatividade diminui na medida em que aumenta o tempo de trabalho no hospital nas faixas de 11 a 15 anos e de 26 a 32 anos em relação à proatividade dos trabalhadores com menos de cinco anos de trabalho.

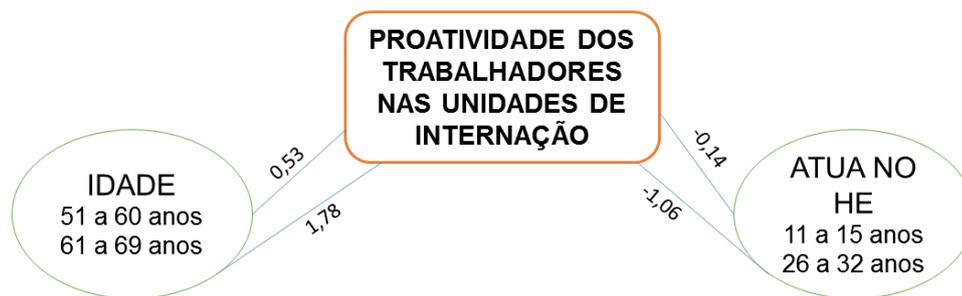
Nas Figuras 3 e 4, consta a síntese das variáveis preditoras de comportamento proativo, nestes modelos de regressão linear múltipla:

Figura 3 – Preditores da proatividade dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Escola, Pelotas, 2015



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Figura 4 – Preditores da proatividade dos trabalhadores de enfermagem das unidades de internação do Hospital Escola, Pelotas, 2015



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

5.2 NA PERSPECTIVA FREIRIANA, UM DIÁLOGO SOBRE A PROATIVIDADE NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Nesse tópico constam os resultados da segunda etapa, oriundos dos debates no GF, os quais foram agrupados em três categorias temáticas: ser proativo em meio a peculiaridade de indivíduos, equipes e turnos de trabalho; (i)mobilizações do agir proativo no trabalho da enfermagem e estratégias que impulsionam a proatividade.

5.2.1 Ser proativo em meio a peculiaridades de indivíduos, equipes e turnos de trabalho

Com o propósito de refletir sobre o significado atribuído pelos participantes do GF sobre a proatividade, a questão foi disparada:

- O que entendes por proativo, quando tu referes que a equipe é bastante proativa? (Moderadora).

- É uma equipe que não fica esperando as coisas acontecerem para tomar uma atitude, não são pessoas acomodadas, buscam informação para atender melhor o paciente. São pessoas com muita disposição para trabalhar. (E1)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1, 06/10/2015)

Houve a compreensão da proatividade enquanto disposição para trabalhar. Fuller e Marler (2009) afirmam que traços individuais que refletem vontade e disposição para efetuar a mudança no ambiente, tendo iniciativa em ampla gama de atividades, melhorando e criando novas situações remetem ao comportamento proativo.

Avançando na discussão, foi apontado que ser proativo vai de encontro às posturas de espera pelo acontecimento dos fatos e de acomodação do trabalhador. Resgata-se em Ferreira, Dall’Agnol e Porto (2016) que, ao esperar simplesmente pelos acontecimentos, o enfermeiro deixa de se antecipar às situações e acumula pendências no trabalho, adotando uma postura de acomodação e limitando-se a agir em sua zona de conforto e ao que está prescrito.

Também se sobressaiu, no debate, o entendimento de que o ser proativo, no âmbito da assistência em saúde, esteja relacionado à procura de informações com vistas ao atendimento qualificado, de modo a convergir para cuidados integrais das necessidades de saúde do paciente. A busca de conhecimentos para ações de melhorias é vista por Kamia e Porto (2009) enquanto um atributo do conceito de comportamento proativo.

No diálogo, os participantes sentiram-se à vontade para fazer os seus comentários, respeitando o espaço de fala do outro. Além das questões do trabalho, foi ponderado que aspectos da vida pessoal dos trabalhadores permeiam a sua proatividade. Freire (2013a) afirma que não é possível separar o que há na pessoa, de profissional do que vem sendo como indivíduo, suas experiências, seus desejos.

Nessa direção, foi explicitado que, tanto o perfil como as demandas individuais perpassam a emissão de comportamentos proativos realçados pela idade, escolaridade do profissional e também pelo tipo de vínculo empregatício e pelo desejo de adquirir bens e constituir família:

- No meu setor, até os 40 anos a maioria está pensando: “vou trabalhar, adquirir para começar a estabelecer uma família”, está mais proativo, porque depois dessa fase, para e pensa em ter filho [...]. (TA1)

- [...] na faixa etária dos 22 aos 40 anos, que são os mais proativos, muitos recém se formaram e estão com aquele gás todo para iniciar suas atividades. Dos 41 aos 50, eles já constituem família, já está com anos de experiência, começa a se acomodar um pouco mais. Dos 51 aos 69 anos como o TA2 falou, já está perto de se aposentar, e o TA3 disse, já está com a vida mais estabilizada. (E2)

- Dos 41 aos 50, tu já tens um equilíbrio, já passou aquele gás de quem está começando e tentando algum lugar ao sol. Os filhos adolescentes no colégio, nessa fase que tu tens que se dedicar a outra parte e talvez, por mais que queira você não consegue se dedicar ao seu trabalho. (TA2)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1, 06/10/2015)

No debate, houve referência aos profissionais mais jovens como aqueles recém-formados, com bastante disposição, mas que estão refletindo e experimentando ainda sobre a sua satisfação com o trabalho. Ao discutir sobre a idade houve separação entre os mais jovens e mais velhos e respectivamente relacionaram com o início ou fim da carreira.

Os profissionais podem se sentir ansiosos para iniciarem suas atividades, podendo enfrentar, no começo de sua carreira, preconceito com relação à idade por serem jovens e inexperientes, fazendo com que outros profissionais mais antigos tenham resistência em aceitá-los, não confiando no seu saber e habilidade. Ao mesmo tempo, essa situação pode estimular os mais jovens a fortalecer os seus conhecimentos técnico-científicos (MATTOSINHO *et al.*, 2010).

No entanto, profissionais com mais idade podem se considerar com vasta bagagem de conhecimentos e experiência, não tendo mais o mesmo sentimento de exigência dos jovens pela procura de reconhecimento e de espaço no mercado de trabalho, como citado no GF. A possível acomodação de profissionais com mais idade e experiência pode influir negativamente na dinâmica da equipe no que tange à atualização de saberes, deixando de investir em práticas mais qualificadas de cuidado.

Independentemente da idade, o estímulo para a educação permanente faz-se necessária para subsidiar os profissionais. Então, de um lado, os trabalhadores com mais idade podem expor a ideia de atingir um patamar satisfatório de conhecimentos e, de outro lado, jovens podem exibir a vontade de continuar aprendendo.

Nesses antagonismos de necessidades, os mais jovens podem se sentir desassistidos em detrimento dos mais experientes, de modo que, independentemente de sua idade e experiência profissional, o aprendizado pode ser importante para todos e estimulado para o aprimoramento no trabalho, com vistas à qualidade do cuidado. Ancorando-se na perspectiva freiriana (FREIRE, 2010), entende-se a educação como processo permanente, em que a pessoa se reconhece enquanto indivíduo inacabado, ou inconcluso, o qual sempre tem o que aprender, inserindo-se no movimento constante de busca por conhecer o mundo, interpretá-lo, refletindo e agindo de modo imerso na realidade.

Além disso, nas discussões, foi aludido que os trabalhadores mais novos podem se interessar em ter mais empregos no intuito de adquirir bens e constituir família. Já acerca das pessoas com mais idade, foi alegado que elas usufruem de carreira mais consolidada e, supostamente por isso, acomodam-se, pois, também desenvolveram uma estabilidade na vida como um todo, com relação aos filhos, aquisição de bens.

Os participantes do GF trouxeram mais questionamentos do que respostas de como a pessoa consegue ser mais proativa no trabalho, tendo mais filhos. Entretanto, um participante relatou que, mesmo possuindo mais filhos, tinha disposição para o trabalho, visto que a subsistência desses é a razão do seu esforço para a manutenção da provisão financeira proporcionada pelo emprego. Quanto a esse aspecto, Barros, Araújo e Johann (2013, p. 38)

mencionam que “a necessidade de prover o sustento e o bem-estar dos filhos pode ser um forte motivador para o trabalho”. Lau, Wong e Chow (2013) sinalizaram que os possíveis impactos emocionais negativos decorrentes do conflito de tempo para o trabalho e a família possam ser amenizados pela constituição de recursos e criação de oportunidades para o crescimento pessoal, desenvolvendo seu pleno potencial e prestando serviços de qualidade, remetendo a uma das características do profissional proativo.

No GF, a escolaridade também permeou os debates:

- Independe da função que exerça, quem já fez graduação, pós, é uma pessoa que busca conhecimento, coisas novas, está sempre buscando [...]. (E1)
- [...] a maioria dos federais [RJU] tem algum curso superior, que aí complementa bastante o salário. Poucos que trabalham no que se formaram, inclusive eu, me formei e não estou trabalhando, no que me formei [enfermeiro]. (TA2)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1, 06/10/2015)

Foi dito que realizar graduação, e/ou pós-graduação tem relação com a procura do trabalhador por conhecimentos e inovação, mas também por acréscimo salarial proporcionado pelo plano de carreira do vínculo empregatício estatutário. A gratificação financeira foi mencionada no GF enquanto um motivo para que técnicos de enfermagem sejam graduados enfermeiros, contudo continuem no mesmo cargo, ao passo que entendem que a empregabilidade é maior para a categoria dos técnicos de enfermagem pela quantidade de vagas ofertadas no mercado de trabalho em relação dos enfermeiros.

Ainda, os participantes do GF compreenderam que a espontaneidade do profissional para a aquisição de conhecimentos e habilidades tem relação com autodesenvolvimento profissional e maior empenho no trabalho, o que caracteriza a proatividade, conforme Kamia e Porto (2009). No entanto, também foi apreendido por eles que os trabalhadores buscam alcançar graus de escolaridades mais elevados devido aos atrativos financeiros do Plano de Cargos, Carreiras e Salários.

O incentivo financeiro é de 25% para a graduação e de 30% para pós-graduação *lato sensu*, percentuais que pouco diferem um do outro (BRASIL, 2012c) e possivelmente não seja vantajoso para que auxiliares, ou técnicos de enfermagem façam também pós-graduação, ao passo que o investimento na formação demanda tempo, dedicação, gastos financeiros, conciliação com trabalho, família e lazer. Nesse sentido, Ribeiro, Ramos e Mandu (2014) alertam que os trabalhadores de enfermagem de um hospital público de Cuiabá, Mato Grosso do Sul, se mantêm na carreira de nível médio, mesmo tendo concluído a graduação, devido à indisponibilidade de concurso público na instituição para o cargo de enfermeiro.

A estabilidade profissional do servidor público também surgiu na pauta das discussões:

- A estabilidade influencia na tua proatividade. Não só isso, depende da pessoa, de muitas coisas. (E1)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1, 06/10/2015)

A partir dessa colocação da enfermeira, houve um breve silêncio, interrompido pelo questionamento da Moderadora que retomou a palavra, devolvendo a pergunta ao grupo:

- Para ser mais ou menos proativo? (Moderadora)
- Menos [fala rindo]. Jogando contra mim mesma, porque eu sou estável [RJU]. (E1)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1, 06/10/2015)

A resposta da colega provocou risos e anseios no grupo para manifestarem, ao mesmo tempo, concordância com a colocação da enfermeira e discriminarem as generalizações de que a estabilidade no trabalho seja um sinônimo de menos proatividade do trabalhador, o que segue nas falas dos participantes:

- Acho uma coisa normal, até tu ser um pouco menos proativo. (TA2)
- Se tu julgar individualmente, também concordo. (TA3)
- Depende de pessoa para pessoa. (E1)
- [...] tem quem trabalha e quem não trabalha, quem não quer nada, com nada. (TA3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1, 06/10/2015)

As implicações da estabilidade na carreira, proporcionada pelo vínculo empregatício do regime estatutário, foram aludidas no debate, no sentido de que essa estabilidade poderia ser um aspecto negativo para a proatividade do trabalhador. Entretanto, não deixaram de fazer o contraponto de que depende individualmente de cada trabalhador e não da “estabilidade” em si. Isso remete ao comprometimento individual de cada profissional, compreendido na perspectiva freiriana a partir da presença política da pessoa que revela a sua capacidade de analisar e expor a realidade e de não passar despercebida pelos demais no seu espaço de atuação, investindo em cuidados constantes com o seu próprio desempenho (FREIRE, 2010).

Quanto a esse aspecto, Vaghetti *et al.* (2009, p. 909) revela que a intensidade do comprometimento varia de acordo com os objetivos do trabalhador, todavia, a “estabilidade” é uma situação confortável do regime estatutário, em que os trabalhadores “não temem a perda do emprego e a sanção das chefias, numa relação concreta de enfrentamento ao instituído, que se reforça pela impunidade respaldada na estabilidade” do servidor, nutrindo o

descomprometimento dos profissionais nos hospitais públicos brasileiros. Ainda, Pereira (2008) assinala que aqueles que gozam de estabilidade prevista em lei própria podem ter menor comprometimento no trabalho e que isso desestimula os colegas com outro tipo de vínculo, referindo-se aos servidores enquanto trabalhadores sem energia, apenas motivados pela estabilidade e não pelo trabalho, enquanto mediação existencial.

Além disso, no GF houve a compreensão de que os trabalhadores com menos tempo de serviço sejam mais proativos e que depois de alguns anos de trabalho possa haver uma acomodação do profissional. A acomodação na percepção deles foi vista como um fator que atrapalha o comportamento proativo, o que também é aludido por Borges (2014).

Este aspecto foi explorado no estudo de Ferreira (2013), realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, onde os enfermeiros entenderam que as pessoas menos proativas são acomodadas, agem sem responsabilidade com o trabalho, com o cuidado, não tendo visão e nem iniciativa, ou seja, trata-se de um comportamento passivo, apenas registrando a sua entrada e saída no trabalho e não tendo envolvimento com um cuidado qualificado de enfermagem, de modo que isso possa ser reflexo da conduta de sua chefia imediata.

Ainda, o desempenho no trabalho, relacionado às diferenças entre os turnos de trabalho, mobilizou bastante o debate:

- A manhã do hospital é outra dinâmica. À noite no hospital é calma, para manter, atender intercorrência, seguir prescrição, na enfermagem. De manhã é Raio X, nutrição, equipe do neurologista, todas as especialidades. (TA2)

- Isso requer uma maior mobilidade da equipe, em função de todas as tarefas que são do turno da manhã [...]. O diurno requer mais da equipe, mais entrosamento. (E2)

- À noite geralmente as atividades exigem menos de todos, os pacientes dormem 60% da noite, aí passou do horário da medicação é aquela calma. A minha noite principalmente acho a proatividade, dentro das exigências, é ótima. Mas a gente trabalha bem menos do que a manhã. À noite, o número de funcionários, cada um atende quatro ou três pacientes. [...] a gente trabalha muito pouco, tu não trabalhas duas horas das 12 horas. A FAU atende muito bem [...] porque o número de funcionários que tem a FAU ali em cada horário, se não atender bem é por malandragem. (TA3)

- A gente tem bastante funcionário e de manhã se trabalha muito, às vezes não damos conta de terminar todo o serviço, porque às seis horas passam correndo e acho que somos muito exigidos, cobrados. Acho às vezes que poderia ter mais proatividade à noite. [...], por exemplo, nas RUE me falaram que os banhos de leito têm que ser tudo de manhã. Certas rotinas poderiam ser divididas com a noite. A noite às vezes é meio acomodada, é para atender intercorrências. Coleta de exames, tudo praticamente de manhã [...]. (E1)

- Mas importa de mudar alguma rotina [retirada de medicamento] do dia para a noite, que envolva outros setores, que aí vá aumentar trabalho da farmácia, laboratório, e teoricamente teria que contratar mais gente, e não vai 'rolar'. (TA2)

- Depende também do enfermeiro que está lá! Quando eu estava à noite, o paciente que necessitava de um banho de leito e até eu dava e trocava fralda. (E2)

- Acho que depende muito dos profissionais. (E1)

- Tinha coleta de EQU [Exame Qualitativo de Urina] pela manhã, coleta de escarro, eu coletava tudo às seis e meia e deixava prontos os frascos. [...] eu ia adiantando, acho que depende também da equipe do enfermeiro que está liderando. (E2)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1, 06/10/2015)

No GF surgiu o entendimento da proatividade enquanto atributo exigido por alguém externo ao trabalho da equipe e que no noturno as atividades concentram-se no cumprimento da prescrição médica, no atendimento de manutenção do estado geral de saúde dos pacientes ou de alguma situação inesperada de emergência. A compreensão de que um indivíduo deva ser proativo, como uma exigência dos outros, vai de encontro ao que é referido por Kamia e Porto (2009), pois a proatividade consiste em fazer algo no trabalho sem ser solicitado ou sem requerimento explícito da tarefa.

Ainda, no GF foi mencionado que, em muitas unidades, os trabalhadores do diurno são responsáveis por banhos de leito, coleta para exames diários de rotina, curativos, aprazamento de prescrições, busca de insumos, etc. Na compressão dos participantes do GF, há menos demandas e cobranças das equipes que trabalham à noite em relação às demais e, por isso, os trabalhadores do noturno seriam menos proativos. Entretanto, aventou-se que o comportamento dos profissionais não se resume simplesmente ao turno em que está atuando, mas também envolve a individualidade e motivações de cada um para o trabalho. Essa compreensão remete ao que é defendido por Parker, Williams e Turner (2006) de que as diferenças individuais (personalidade proativa) e as variáveis de contexto (comunicação, apoio do supervisor) afetariam os estados cognitivo-motivacionais que, por sua vez, contribuiriam para comportamentos proativos por parte dos indivíduos pelo fato da proatividade individual ser um traço disposicional relacionada ao comportamento motivado. Nos excertos do segundo encontro de GF, foi abordada essa questão:

- Se o enfermeiro tivesse mais junto [...] aí meu colega lá vai para frente dos computadores [...] seis e meia da tarde, tem que colocar medicação, sai correndo para lá com a medicação, acontece lá dentro, no meu setor também. (TA3)

- Algumas coisas que não mudam, que poderiam mudar para melhor, para o paciente. O andamento do serviço às vezes me desmotiva, mas eu não posso deixar que isso não me impulse a não ser quem eu sou ou a melhorar, porque quem vai ser no final disso tudo prejudicado, é o paciente, não sou eu. Essas coisas que eu acho que todo mundo deveria ter a mesma forma e a mesma visão, executar digamos assim, de comunicação entre equipe de alguma coisa que muda (TA4)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 21/10/2015)

Os problemas de comunicação foram destacados no GF, seja pelas dificuldades dos profissionais da enfermagem para estabelecer uma relação de interdependência colaborativa com outros setores do hospital e realizar o trabalho em feriados, à noite, períodos de férias e finais de semana pela ausência de médicos nesses momentos, seja entre os diferentes turnos de um mesmo setor. Também se ressaltou a importância da comunicação nas equipes para impulsionar melhorias no trabalho. Nesse sentido, Pereira (2008) ressalva que se as atitudes mais proativas dos trabalhadores, com o passar do tempo, não forem valorizadas pela organização e por seus pares ou não apresentarem os resultados desejados, os profissionais tenderão a expressar com menos vigor a proatividade.

Isso igualmente pode ser percebido no relato das dificuldades de comunicação entre as equipes do diurno e do noturno:

- [...] mudam as rotinas e o turno da noite sempre é o último a saber e aí não falam a mesma linguagem. (TA4)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 21/10/2015)

No GF, os participantes apontaram a falta de comunicação efetiva dos trabalhadores do noturno com o diurno. Empecilhos na comunicação entre as equipes dos turnos de trabalho não é incomum em outros cenários, na área da enfermagem. Num hospital público de São Paulo, houve pouca participação dos trabalhadores noturnos nas discussões e decisões da instituição, por estas acontecerem no diurno (HAYASHIDA *et al.*, 2014). No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, os trabalhadores de enfermagem do noturno apresentavam maiores dificuldades de comunicação do que o diurno pelo fato de virem com menor frequência ao hospital (MAGALHÃES *et al.*, 2007). Tal como ressalva Hayashida *et. al* (2014), é importante e necessário oportunizar a participação de todo o coletivo, incluindo técnicos e auxiliares de enfermagem e trabalhadores do noturno para que não sejam passivos e alienados ao processo decisório da instituição.

Além das dificuldades relacionadas à comunicação, percalços advindos da rotatividade de pessoal também foram comentados e culminam em recair nos níveis de confiança entre os integrantes do grupo. Freire (2013a) sinaliza que a confiança é constituída por atitudes de respeito como acolhimento, entremeadas de afeto, de disponibilidade para o diálogo e de fé no poder de (re)fazer e na potencialidade das pessoas de melhorarem. O diálogo que segue é ilustrativo:

- [...] na noite a gente sente mais autonomia em relação a esse tipo de cuidado com o paciente, porque a equipe interage bem, o enfermeiro não se importa de que um técnico vá lá faça todo esse primeiro atendimento até a evolução do paciente, a gente já faz tudo e já vê e pede todos os dados do paciente [...]. (TA4)

- Sabe o que eu discordo de vocês? O tempo da equipe que está junto, de noite já é uma equipe mais fixa, já estão trabalhando mais tempo com os mesmos enfermeiros. De tarde roda muito mais, de manhã também. [...] muita rotatividade de pessoas, te exigem mais quando são novas, não tem muita experiência, não trabalham juntas há muito tempo, não conhecem a unidade, as rotinas (E3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 21/10/2015)

Nos debates, os participantes sinalizaram que a maior interação dos trabalhadores do noturno decorre do fato de estarem há mais tempo trabalhando juntos. Geralmente, as equipes de enfermagem do noturno são mais fixas, o que também foi salientado no estudo de Girondi e Gelbcke (2011), acenando que isso confere maior integração entre os profissionais e a efetividade da assistência, diferentemente do diurno, quando existe um maior número de funcionários e a rotatividade é consideravelmente maior. A partir dessa compreensão, as equipes noturnas com maior integração entre os trabalhadores teriam um caminho profícuo para o desenvolvimento da proatividade no trabalho, porém os participantes do GF referiram que no noturno, contraditoriamente, existe uma menor emissão de comportamentos proativos.

Avançando nas discussões, os trabalhadores entenderam que a alta rotatividade de profissionais nas equipes sobrecarrega o enfermeiro com constantes capacitações de auxiliares ou técnicos de enfermagem pelo pouco tempo de experiência e daqueles que recém se inseriram na equipe. Essa discussão remete ao apontamento de Gonçalves *et al.* (2015) de que vem ocorrendo um forte sucateamento dos hospitais públicos, com diferenças de vínculos empregatícios que incidem na alta rotatividade dos trabalhadores de enfermagem contratados, que se desligam do hospital. Esse fato desgasta os profissionais concursados por precisarem capacitar constantemente os trabalhadores que substituem os que saíram, num círculo vicioso ininterrupto de entrada e saída de colaboradores com os vínculos laborais precários, ocasionando conflitos e tensão, além de diferenças nas carreiras entre os colegas contratados e concursados.

As tensões no relacionamento entre os integrantes da equipe podem repercutir negativamente no desempenho da equipe e em sua proatividade. No GF foi mencionado que o conhecimento das rotinas do setor, a constituição do vínculo e o engajamento com a equipe são quesitos importantes e necessárias a um novo ingressante no grupo. Nessa ótica, os vínculos positivos agregam os profissionais no desenvolvimento do cuidado e pode proporcionar qualidade na assistência (JACONDINO *et al.*, 2014). Nessa mesma linha, Pereira (2008) afirma

que nas instituições e entre colegas há um tempo necessário de familiarização e conquista de abertura para livres iniciativas e, assim, ser possível contemplar as características da proatividade, tais como: planejamento e execução de ideias; enfrentamento de obstáculos e ser a parte principal na realização de um ato.

Embora os participantes do GF tenham pontuado que no período noturno há maior aproximação entre os integrantes das equipes, compreenderam que a elevada demanda de atividades no diurno exige maior entrosamento da equipe para dar conta do seu trabalho. Este aspecto foi explorado noutro estudo, num hospital universitário de Ontário, Canadá, em que a liderança do enfermeiro pode melhorar as condições de qualidade da assistência e do local de trabalho, prestando atenção para facilitar as relações genuínas e positivas com a sua equipe (WONG; LASCHINGER; CUMMING, 2010). Na perspectiva freiriana (FREIRE, 2013a), a intervenção no mundo decorre da conquista da pessoa por seu próprio esforço e em comunhão com os outros.

5.2.2 (I) mobilizações do agir proativo no trabalho da enfermagem

No debate, surgiram questões que perpassam o contexto do trabalho, sendo esses momentos dos encontros do GF permeados por um ir e vir de apontamentos de empecilhos para a proatividade, demonstrada também na postura de ansiedade dos participantes por terem encontrado no grupo focal um espaço de fala, interpelando as colocações dos demais. As interrupções dos discursos foram mais intensas no segundo encontro, o que possivelmente tenha sido em decorrência dos trabalhadores sentirem que aquele grupo seria uma última oportunidade de se expressar sobre as demandas de suas unidades de trabalho.

Na provocação da moderadora pela indagação de quais melhorias poderiam ser implantadas no cotidiano de trabalho, houve demarcação de aspectos pontuais da organização da unidade que remetem à manutenção de equipamentos, ao fornecimento e organização de materiais, conforme é retratado no diálogo que segue:

- A equipe observa a rotina de trabalho e pensa em como trazer melhorias para essa rotina, sugerindo novas ideias. Isso faz sentido? (Moderadora)

- Comecei a observar algumas coisas no critério de manutenção de equipamentos e eu já comecei fazendo algumas mudanças [...] os técnicos se aproximaram, também pediram, e sugeriram [...] limpeza no ar condicionado [...] lixeiras que eram com a abertura manual da tampa. As escalas também, “eu não me dou bem para trabalhar com certas pessoas”. Estou assim bem esperançosa pela forma que a gente vai fazer um bom trabalho [...] às vezes o enfermeiro, alguns podem pensar assim, “eu vim para atrapalhar, porque vai começar a brigar e fazer mudanças que eu não vou gostar, que

a rotina é uma e eu vou mudar para outra”, não eu disse que isso aí nós vamos decidir juntos. (E2)

- Toda mudança causa certa restrição no início. Até mesmo mudar um colega. Entrou muita gente nova e já mudou a dinâmica do trabalho. A gente observa as coisas [...] agora colocar em prática é difícil. [...] a sala de descanso, quanto a escala, sugeri algumas coisas para a gerência [de enfermagem] e aí a gerência entende que não tem que ter nenhum [profissional] para fazer hemodiálise. (TA2)

- Quais exemplos poderiam ilustrar essa dificuldade em colocar em prática as melhorias no trabalho? (Moderadora)

- Quer montar uma parede para um paciente, não tem. [...] faltando peças, tu ficas e perdes um monte de tempo, o paciente está ruim, tu tens que ir lá e retirar do outro, vai fazer o que? Queria uma medicação, tu vais lá e não tem, o carrinho de emergência não está abastecido como deveria, fica aberto à Deus dará lá naquele corredor. Então, é material para nebulização ou aquele oxigênio que a gente usa para transportar o paciente, também não tem lá, poderia mudar, já que têm dois enfermeiros, alguém fica de responsável e pedir, delegar o serviço para nós fazer [...] com a criação de novos setores, das novas unidades isso aí só piorou. (TA3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1, 06/10/2015)

Em meio aos debates, embora predominasse um clima de interesse entre os participantes do GF, no intuito de colaborar com sugestões para melhorias no trabalho, algo parecia estar cerceando a iniciativa. Então, o grupo conseguiu verbalizar sobre a dificuldade enfrentada cotidianamente para que suas ideias sejam colocadas em prática, como se o concreto pensado não encontrasse ressonância no concreto vivenciado. Esse desfecho é um convite para que se reflita com Frese *et al.* (1996) acerca do comportamento proativo como aquele que prevê a superação de obstáculos, sendo indispensável que o profissional defenda suas ideias, agregando o suporte dos seus pares para melhores práticas e dando sugestões de melhorias e planejando intervenções.

Não obstante, a provisão de equipamentos e de pessoal pode ser um desafio gerencial no HE/UFPel, se a situação for similar à encontrada por Gonçalves *et al.* (2015), de que há um crescente sucateamento dos hospitais públicos do Rio de Janeiro, ocorrendo a inadequada distribuição dos recursos materiais e a alta rotatividade de funcionários, com impactos negativos para a qualidade do trabalho de enfermagem.

Entretanto, depreende-se das falas dos participantes do GF o entendimento de que a provisão de materiais e de pessoal é influenciada pela atuação do enfermeiro no âmbito da organização do trabalho, diante de materiais desorganizados, incompletos, como os *kits* para oxigenação do paciente e no carrinho de emergência. No cenário onde havia desorganização se sobressaía também a distância do enfermeiro de sua equipe e do gerenciamento da unidade. Em contrapartida, a aproximação da equipe para o levantamento das necessidades da unidade foi um facilitador para a realização de mudanças, por um enfermeiro.

A partir disso, os participantes do GF pareciam identificar que o enfermeiro com maior disposição busca melhorias no ambiente de trabalho por encontrar certos espaços de autonomia, com vistas às mudanças benéficas no desempenho do trabalho da equipe. Foi dito que nas unidades menos organizadas o enfermeiro mantém-se distante da equipe, fato que interfere de modo pouco positivo na dinâmica grupal como também na necessária articulação para efetivar o cuidado.

Lantz, Hansen e Antoni (2015) afirmam que as equipes proativas buscam por melhorias, indo além das tarefas de trabalho que lhes são estipuladas, entretanto conforme o trabalho é estruturado, inclusive pela própria equipe, pode haver limitação na autonomia e, conseqüentemente, na motivação do empregado, na inovação e bem-estar. Igualmente, esses autores enfatizam que os gerentes precisam facilitar o processo participativo de tomada de decisão e a construção dos motivos comuns para a colaboração, como deve acontecer e do que se trata, pois estes têm influência sobre o comportamento proativo e o envolvimento da equipe no processo contínuo de procura por melhorias.

Apesar da menção no GF sobre a influência da postura do enfermeiro no gerenciamento da unidade, no transcorrer do debate comentou-se que os auxiliares e técnicos de enfermagem esperavam que a organização dos materiais e sua solicitação fossem uma atividade de competência do enfermeiro, cuja iniciativa para tais ações deveriam partir deste. No entanto, cumpre ressaltar que se o trabalho da enfermagem não é só desenvolvido pelo enfermeiro e nem só este utiliza os equipamentos e materiais da unidade, a organização da unidade precisaria envolver a participação e colaboração de todos os integrantes da equipe.

A atitude de depositar no outro a responsabilidade pelos movimentos de melhorias no trabalho é mencionada por Vendemiatti *et al.* (2010) como uma postura passiva de expectadores por parte daqueles trabalhadores que se consideram subordinados, sem se sentirem responsáveis pelas dificuldades do ambiente de trabalho, já que esperam que o líder resolva todos os problemas. Num estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (MOURA *et al.*, 2013), também os profissionais de enfermagem esperavam do chefe de unidade a liderança da equipe para promover um ambiente favorável para o trabalho. Essa expectativa no coordenador da equipe vai na contramão de um espaço favorável para que os integrantes da equipe desenvolvam ações mais proativas.

Cabe salientar que o trabalho qualificado depende de todos membros da equipe, os quais precisam contribuir de modo integrado e, para isso, são indispensáveis a comunicação efetiva e a interação positiva entre os profissionais. Nesse sentido, Amestoy *et al.* (2010) aborda a liderança dialógica, com base nos pressupostos freirianos, enquanto a capacidade do líder de

influenciar os integrantes da sua equipe a atuarem de maneira crítica e reflexiva sobre sua práxis, por meio do diálogo. Além disso, tal liderança pode ser compreendida como ato político, ao ser utilizada para guiar o estilo de liderança que o enfermeiro-líder adotará. Dessa maneira, o enfermeiro, enquanto ser relacional, diferencia-se dos demais por intermédio da defesa de suas convicções em seu contexto social e de atitudes mais democráticas, as quais potencializam espaços de expressão dos trabalhadores, procurando romper com as relações de poder baseadas no autoritarismo e na opressão (AMESTOY *et al.*, 2013).

Ao mesmo tempo, no GF, surgiu a esperança de que o trabalho da equipe repercutirá positivamente em melhorias, visto que foi relatado o interesse na colaboração para identificar as necessidades da unidade. Tal esperança pode alimentar e potencializar as buscas do enfermeiro para intervir na realidade em conjunto com a equipe, entendendo-se que a equipe imbuída de sonhos e idealizações de um local de trabalho melhor e da capacidade de ler criticamente a realidade, de interpretar e de modificá-la pode expressar essas esperanças no trabalho, por meio da força dos encontros, do diálogo na equipe, dos desejos e interesses coletivos.

Na perspectiva freiriana, apreende-se que a esperança está distante da acomodação e imobilidade, quando os indivíduos, enquanto seres inconclusos, movem-se em permanente busca com os demais por algo melhor. A esperança em si não transforma, mas a luta é mobilizada pela ação e esperança, pois não há esperança na espera, na espera de que as coisas mudem, que os outros façam, ou resolvam. A esperança está na antecipação de um mundo novo e o realizar destes juntos e com o que se dispõem no seu ambiente (FREIRE, 2011b), como o do trabalho.

Quando os trabalhadores do GF explicitaram os responsáveis por limitar a concretização de ideias no trabalho, eles mencionaram ao longo das discussões diferentes cargos gerenciais da hierarquia. Cumpre esclarecer que nas unidades de internação há um ou dois enfermeiros responsáveis a cada turno de trabalho e, para a coordenação do grupo de profissionais da enfermagem do hospital, há um gerente e um subgerente, os quais são referidos como chefia ou gerência de enfermagem. Numa das unidades de internação, eles se remetem a chefia imediata, que é um enfermeiro coordenador da unidade, ocupando espaço intermediário na hierarquia, entre o enfermeiro de cada turno de trabalho e a gerência do grupo de enfermagem do hospital.

Esclarecido isso nos debates, houve menção à esperança significando mera expectativa num futuro melhor, no qual os participantes não se colocam como protagonistas, pois a intervenção na atual situação parece distante e veem como se esta dependesse muito mais dos gestores do hospital. Por exemplo, quando colocam a responsabilidade dos acontecimentos na

figura da gerência do grupo de enfermagem, no que tange a disposição de uma sala de descanso numa unidade, aumento dos serviços de apoio da instituição, controle da qualidade dos materiais, processos que talvez envolvam gestores, inclusive de outras áreas da saúde. Embora os profissionais percebam a realidade dos diferentes ambientes de trabalho do hospital, tais como necessidade de manutenção, de organização de materiais, extrapolando também que se trata do panorama geral da instituição, parece que existe uma cristalização da visão do local de trabalho por falta de inserção prática destes com as circunstâncias que os condicionam, de maneira que dificilmente conseguem colocar em prática melhorias sobre o que notam no cotidiano laboral.

Na perspectiva freiriana, entende-se que diante de um obstáculo, ou problema, as pessoas podem ter diferentes atitudes. O indivíduo pode perceber o problema como algo que não quer transpor, ou que não existem possibilidades para alterá-lo, pois, ao mesmo tempo, considera um futuro melhor intangível, aceitando passiva e docilmente os fatos e sentindo-se sem condições para produzir mudanças, podendo inclusive adaptar-se às situações que estão dadas. E, pelo contrário, o problema pode incomodar o trabalhador que, inconformado, toma a postura de compreendê-lo criticamente como uma barreira à espera de resolução e intervenção, mobilizando-se a agir para superá-lo (FREIRE, 2011b).

O protagonismo de algum trabalhador, quando citado no debate, foi de maneira mais isolada e, pontual do enfermeiro no contato direto com o setor responsável para solicitar limpeza de ar condicionado, lixeira com pedal e não a gerência de questões mais amplas, como organização da unidade, da rotina de trabalho. Isso vai ao encontro do que Freire (2011a) descreveu sobre os diferentes níveis de consciência das pessoas diante das situações.

Não obstante, é imprescindível o entendimento ampliado pelos trabalhadores acerca da autonomia da equipe para a gerência do ambiente em que atua, indo além de questões concretas e pontuais, como, as que primeiro foram referidas no GF, em relação aos materiais. Cabe destacar que nas discussões, os enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem aludiram mais às dificuldades de âmbito institucional do que aquelas das equipes em si.

As equipes têm potencial para agir nos microespaços de autonomia e investir no desenvolvimento de ações, com o intuito de qualificar a comunicação, a interação e o envolvimento dos profissionais com o seu trabalho e, assim, poder vislumbrar resultados positivos na execução das atividades e em melhorias na unidade. Para tanto, Freire (2011a) menciona que a leitura do mundo, mediante o diálogo, possibilita a decifração cada vez mais crítica, dos pensamentos mágicos ou ingênuos, diante das situações-limites. Entre esses empecilhos, além das quais está o inédito viável, algo ainda não claramente conhecido e vivido,

contudo sonhado. Isso implica que as pessoas quando conscientes, esperançosas, com impulsos e mobilizações para intervir no mundo, querem, refletem e agem para superar as situações-limites que as deixaram a si e a, quase todas limitadas a serem menos.

Contrassenso seria se os trabalhadores de enfermagem do GF quisessem apenas fazer exigências aos gestores sem colaborar com ações em conjunto. A responsabilidade de todos ao participar e propor ideias e ações é também, nessa perspectiva, assinalada por Freire (2003, p. 69): a participação é um direito e “um dever de não nos omitir”. Todavia, no GF, os participantes verbalizaram que os colegas por vezes acabam não se envolvendo e participando:

- Foi colocado que quem tivesse interesse poderia ir aprender no berçário para a gente ensinar, ninguém quis, “não quero, porque tenho compromisso”. Então como é que tu vais obrigar a pessoa que não quer aprender. Vamos supor faltou aí um e outro pede atestado, aí não tem, você tem que chamar outro setor ou uma APH [Adicional de Plantão Hospitalar] para ir porque, quem está ali, já não quer aprender, não querem crescer, porque isso já é um compromisso, além do que acha que tem. (TA1)

- Entrou serviço de hemodiálise, abriu para todo mundo treinar. Quem treinou? Três pessoas treinaram, então foi preciso organizar as três pessoas quanto à disponibilidade. A questão de botar em prática as ideias, encontro bastante resistência da minha chefia, supervisão, em algumas coisas que eu já sugeri. Coisas pequenas de rotina de sentar e conversar, agora de até mesmo sugerir reuniões de equipes, “acredito que no outro hospital eu trabalhava dessa forma, dava certo e quem sabe a gente não faz assim? Pois é, melhor não”. Então, assim dá uma desestimulada, tu não tens vontade de ficar falando, sabe que as coisas não vão para frente. (E3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 21/10/2015)

Em meio às discussões, foi relatado sobre a baixa adesão dos trabalhadores de enfermagem em uma oportunidade de aprimoramento profissional, viabilizada pela gerência, em áreas como hemodiálise e berçário, para que não ficassem restritas e dependentes a certos trabalhadores. O aprimoramento profissional pode ser um meio da equipe fortalecer os processos decisórios, ser mais colaborativa e ter atitudes proativas. Nessa ótica, Maden (2015) aponta que trabalhadores, os quais buscam aprender novos conhecimentos, possivelmente emitam comportamentos proativos. Do mesmo modo, Lantz, Hansen e Antoni (2015) encontraram em sua pesquisa que o aprendizado em equipe é substancial para a tomada de decisão participativa e a intercolaboração dos profissionais, com vistas ao desenvolvimento do comportamento proativo da equipe.

No GF, apareceram os impasses para concretizar as mudanças entre colegas e na relação entre gestores e trabalhadores de enfermagem que atuam na assistência. No estudo realizado por Porto (2011), na mesma instituição, as dificuldades levantadas pelos profissionais não eram muito diferentes das desta presente investigação. Talvez a persistência e a insistência poderiam

repercutir com mais sucesso nos resultados desejados e para isso os trabalhadores precisam se motivar ou serem estimulados, com o intuito de não se conformarem ao que está estabelecido no ambiente de trabalho.

Nessa lógica, entende-se que os trabalhadores não podem se acomodar à realidade que lhes são colocadas, precisam protagonizar ações com vistas às melhorias contínuas do seu ambiente de trabalho. À luz da perspectiva freiriana, a acomodação é a expressão da desistência da luta pela mudança, pois sucumbe à situação em que se perde a capacidade de resistir. A resistência deixa de ser um movimento só de reação e de autodefesa e passar a ser uma ação, em que os sujeitos não só constataam o que ocorre no mundo, como intervêm nele. A constatação do que ocorre não deve servir à adaptação ao sistema, numa posição fatalista, assumindo que não há o que fazer, a realidade é essa mesma, todavia sim deverá ao analisar os fatos, comprometer-se com a mudança, recusando o discurso de que acontecerá espontaneamente, porque está dito que acontecerá. A palavra autêntica, não é vazia, nem palavreado desvinculado da ação, da realidade, pois contrapõe-se ao discurso da acomodação e da impossibilidade da mudança (FREIRE, 2000).

Ainda na mesma compreensão, a pronúncia dialogada possibilita o sujeito a fazer, expressar-se, inventar, criar e recriar na perspectiva do ser mais (FREIRE, 2013a). Por outro lado, Freire menciona que a paralisação e o mutismo diante do futuro são características da alienação, geralmente, produz timidez, insegurança e medo de arriscar a criar e compromissar-se. O medo de ousar pode advir de administrações autoritárias, nas quais o futuro perde a sua real significação, em que possivelmente instala-se o medo de viver o risco do futuro como superação criadora do presente (FREIRE, 2000; 2011c; 2013b).

Assim, compreende-se que diferentes questões podem levar a acomodação do trabalhador, e que é difícil persistir por muito tempo, defendendo ideias de melhorias nos seus locais de trabalho, pois possivelmente nisso perpassa o medo de repreensões por suas atitudes, bem como desgaste e frustração, quando não se tem, ao longo dos anos, os resultados esperados. Talvez aqueles trabalhadores com vínculos empregatícios por prazo determinado tenham mais receios de sofrer punições, como a de demissão, ou troca de setor e, isso interfira na proatividade da equipe como um todo, no partilhar de ideias e ações comuns em prol de melhorias no ambiente e até mesmo no boicote às combinações que os profissionais com estabilidade (RJU) manteriam com mais segurança.

Não obstante, mesmo que os trabalhadores no GF possam ter um discurso mais progressista em relação às melhorias na unidade, não necessariamente esse discurso esteja coerente com suas ações, principalmente, quando desenvolvem apenas aquelas atividades das

suas rotinas de trabalho e não se dispõem a aprender sobre hemodiálise e o berçário. O líder precisa manter coerência entre o que diz e o que faz e priorizar a participação e construção coletiva de maneira democrática, o que é bastante enfatizado por Freire (2003).

No que tange à proatividade, Erkutlu e Chafra (2012) afirmam que essa pode ser acrescida se as equipes definirem seus próprios objetivos e regras, projetarem seu próprio trabalho, conceberem e adotarem regras para o comportamento apropriado dos seus integrantes, serem capacitados para se comunicar de forma colaborativa e quando a tomada de decisões for tipicamente democrática e a liderança participativa.

A forma como age o enfermeiro-líder repercute no processo de trabalho da equipe:

- Se o enfermeiro tem toda a equipe com ele, a equipe vai fazer com o maior prazer, tudo vai ser comunicado [...] às vezes tu pega de repente infelizmente alguns profissionais, que acham que eu sou o líder e tudo é focado só em mim. Então eu recuo e você faz a sua parte, e eu quando me competir. E isso é prejudicial para o paciente, porque em nenhum momento o técnico vai ultrapassar os limites daquilo que ele pode executar, porque isso seria ilegal. Tenho esse perfil de buscar melhor qualidade para o paciente, tu analisas no primeiro momento e tu vai dimensionado o teu trabalho naquele período que tu vais ficar com ele. [...] a gente não tem como não fazer um bom trabalho, a gente lida com vidas, precisa ser mais dinâmica, não pode se acomodar, e isso interfere na qualidade também de atendimento. Amanhã ou depois pode ser eu ou algum familiar meu que está ali sendo atendido por um profissional e eu gostaria que ele fosse atendido como eu atendo. (TA4)

- O foco de tudo é o paciente, o que me impulsiona fazer o melhor para o paciente, então eu estou vendo que aquilo está errado, aquele paciente está sujo. Não vou conseguir sair dali tranquila, se eu não fazer alguma coisa. [...] se fosse você que estivesse ali internado, tu preferias que a enfermeira chata cuidasse, que é aquela detalhista, que observa tudo, ou a enfermeira relapsa que deixa rolar do jeito que está. Não consigo chegar e ver que tem alguma coisa errada e não fazer alguma coisa, que eu possa melhorar a situação daquele paciente naquele momento, porque eu estudei para isso e para fazer a diferença naquele momento e aquele paciente exige o melhor que eu possa ser. [...] é difícil dizer o limite, se tu és aquela enfermeira que não dá bola, tu és aquela enfermeira que está ausente, que não está nem aí, mas aí se tem enfermeira que está ali junto também é chata. (E3)

- Que cobra demais. (E2)

- Quando essa nova empresa esteja implementada dentro do hospital, acreditamos que contribua para isso, as rotinas, porque daí vai direcionar. (TA4)

- E uma comunicação efetiva, não adianta, tu sabes que tem umas rotinas por aí, mas não chegam. (E3)

- Não pode depender só de um enfermeiro para ter essa visão ampliada e aí cobrar só duma equipe, por isso tem que falar a mesma linguagem, ter o mesmo direcionamento do trabalho, todos os serviços, porque a enfermagem são 24 horas, é sempre. (TA4)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 21/10/2015)

No GF, foi ressaltada a relação da qualidade da assistência em enfermagem com o estilo de liderança do enfermeiro, que ao centralizar as ações e as relações da equipe em si mesmo,

acaba trazendo prejuízos à dinâmica de cuidados integrais aos pacientes na unidade. Essa postura do enfermeiro, de direcionar os acontecimentos da unidade majoritariamente para si, possivelmente implique em interações contraproducentes entre os técnicos, ou auxiliares de enfermagem por estas acontecerem de maneira mais dual, de cada membro da equipe com o enfermeiro.

Essa ideia é também destacada por Balsanelli e Cunha (2014), ao afirmarem que o estilo de liderança do enfermeiro influencia o ambiente laboral e repercute em sinergia ou em desagregação da equipe. Ainda sobre o estilo de liderança do enfermeiro, Amestoy *et al.* (2014) pontuam que o autoritarismo torna a liderança um meio de manifestação de poder e dominação, e que, por isso, a maneira de liderar que busca a promoção de relações e vínculos saudáveis no local de trabalho possibilitam a obtenção da qualidade na prestação de cuidados aos pacientes no hospital, especialmente, se for a partir do diálogo na equipe.

Além disso, o trabalho dos profissionais pode ser permeado por ruídos de comunicação nas equipes, em decorrência da maneira que a assistência e o gerenciamento do cuidado é organizado no hospital como um todo. No GF, por exemplo, as rotinas de cuidados de enfermagem descritas formalmente em nível institucional foram vistas como benéficas aos trabalhadores por possibilitar uma linguagem de referência e para cobranças do desempenho esperado das equipes pelos gestores do hospital. Nessa ótica, destaca-se que modelos clássicos de administração ainda sobrevivem nas instituições. Carvalho *et al.* (2013, p. 751) sinalizam que muitos hospitais brasileiros ainda seguem diretrizes estabelecidas por concepções burocráticas, controle e rigidez no trabalho, hierarquias formais e verticalizadas, o que acaba incidindo na estruturação produtiva da enfermagem, com base na divisão social do trabalho, isto é, “[...] na ênfase na organização, nos processos e tarefas, na excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, na fragmentação da assistência e no controle do processo de trabalho pela enfermeira.”

Os mesmos autores ainda apontam a influência do modelo biomédico, repercutindo na visão fragmentada do ser humano e do cuidado e na ausência de trabalho em equipe. A influência desses modelos parece ainda estar presente no hospital do estudo, segundo os relatos no GF. Outro ponto do debate foi de que o trabalho da enfermagem é prestado para pessoas e quando o profissional se coloca no lugar do paciente, mas sem ser ele, possivelmente compreenda a relevância do cuidado integral e qualificado. A referida empatia do profissional pelo paciente é também ressaltada por Burhans e Alligood (2010), em que a qualidade do cuidado de enfermagem corresponde à perspectiva do enfermeiro para reconhecer as necessidades humanas dos pacientes, por meio da empatia e de interações respeitosas.

Na continuação da discussão, foi sinalizado que o fato do trabalho da enfermagem tratar-se de lidar com a vida de uma pessoa e de ter como foco o paciente, devesse mobilizar suficientemente o profissional na prestação do melhor cuidado possível aos pacientes e para “fazer a diferença”. Essa compreensão dos participantes do GF remeteu à autonomia no que tange o cuidado do paciente, referindo que isso os impulsiona para serem mais proativos, buscando conhecimentos para qualificar as ações de cuidado. Isso também foi notado no estudo de Ferreira, Dall’Agnol e Porto (2016), em que o agir proativo foi visto como oportunidade de valorizar queixas e aspectos subjetivos do paciente, demonstrando preocupação com um cuidado diferenciado, fundamentado em melhores práticas que assegurem uma assistência integral, indo além da doença.

Entretanto, cabe ressaltar, mesmo que um trabalhador considere em sua prática a importância da prestação de cuidados integrais aos indivíduos, essa atitude talvez não dê conta do atendimento das diversas necessidades de saúde e cuidados ao paciente. Para dar conta da integralidade do cuidado ao ser humano, Thofehn *et al.* (2011) elucidam que além dessa compreensão de que o principal do fazer da enfermagem é cuidar do paciente, com suas múltiplas necessidades nos âmbitos físico, psíquico, social e espiritual, é preciso de um trabalho coletivo e cooperativo, por meio da valorização dos relacionamentos entre a equipe e com o ser, o qual está sendo cuidado, para alcançar a assistência de enfermagem em sua integralidade.

O trabalho coletivo similarmente é visto na perspectiva freiriana, de maneira que esse trabalho em conjunto partiria da colaboração entre os envolvidos, a qual se constitui numa das características fundamentais da ação dialógica, que só pode ser vivida entre indivíduos por meio do estabelecimento do processo comunicacional ou troca de informações com o outro, desvelando e problematizando a realidade que os desafia, para se vislumbrar a transformação (FREIRE, 2013a). Ainda considerando a relevância do trabalho conjunto na equipe de enfermagem, Ferreira (2013) afirma que a liderança do enfermeiro seria um empenho coletivo, em que a qualidade das interações na equipe, estimula a colaboração e o envolvimento com o trabalho, além de que a postura do enfermeiro influencia no comportamento dos liderados, sendo profícuo, se o enfoque for para melhores práticas de cuidado.

Dada a imbricada relação entre liderança e proatividade, Araújo e Gava (2011) enfatizam a liderança proativa remetendo-a ao papel do líder na orientação dos colegas para irem além da tarefa em si, para que tomem iniciativa fazendo o melhor possível. A ideia consiste em orientar e apoiar a todos em direção à proatividade pessoal no trabalho.

No debate do GF, surgiram comparações sobre a coordenação dos enfermeiros entre as unidades de internação, entre aquele enfermeiro pouco presente na organização do trabalho da

equipe e aquele que exige muito dos profissionais. O problema do enfermeiro para encontrar o equilíbrio nas cobranças com a supervisão do trabalho da equipe foi também mencionado por Costa e Dall’Agnol (2011, p. 1311), num estudo com enfermeiras do noturno de um hospital universitário público, identificando polos antagônicos da prática da liderança: “um que se centra no diálogo e num tipo de supervisão que apoia o trabalho e fortalece as relações, e outro, em que as práticas têm por base o controle e a cobrança –, emergiram os estereótipos de ‘ser boazinha’ ou ‘ser bruxa’”. Diante dessa problemática, o subsídio da prática assistencial em protocolos poderia ser importante também para o enfermeiro desenvolver a supervisão do trabalho de uma forma mais sincronizada.

Na continuidade do debate, foi retomada novamente a influência da liderança do enfermeiro, sendo ele proativo ou acomodado. Na perspectiva freiriana (FREIRE, 2013a), as pessoas se constroem a partir das outras, de modo que as relações são constitutivas, pela via do diálogo. Isso pode ser depreendido nas falas que seguem:

- Quando tu és proativo, tenho essa visão e experiência, tu acabas sendo um exemplo também e os outros acabam indo atrás de ti, se trabalham contigo no caso, eles tão vendo o que tu estás fazendo, e eles vão lá e fazem também, se tu és acomodado. (E3)

- Uma frase que é muito popular, a equipe é um reflexo do enfermeiro, conforme o enfermeiro é, a equipe é. [...] porque se o enfermeiro for exigente, tu não és um funcionário que não é tão comprometido, antes que ela me cobre eu vou fazer, então isso já impulsiona o profissional, isso aí vai fazendo que seja implementado nele essa forma de ser. Eu gosto desse estilo [exigente]. (TA4)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 21/10/2015)

Por outro lado, o sentido das diferentes exigências entre as equipes aludida no GF foi relacionado às divergências nas condutas. Ainda, foi atribuída importância aos protocolos assistenciais de enfermagem no hospital com vistas a estimular o engajamento dos profissionais no trabalho.

No GF, houve novamente alusão sobre as tomadas de decisões conjuntas serem pontuais a algumas equipes e não uma realidade comum às unidades de internação do hospital. Ainda, as ideias da equipe para melhorias no trabalho esbarram na hierarquia e acabam não sendo colocadas em prática. Noutros estudos na área da enfermagem, no de Busanello, Lunardi Filho e Kerber (2013) no Rio Grande do Sul e Hayashida *et al.* (2014) em São Paulo, dificuldades de tomada de decisões compartilhadas na instituição foram encontradas pelas decisões ainda estarem centralizadas nas mãos de uma minoria que têm o poder formal na hierarquia do hospital.

Esse entendimento de que há dificuldades para as decisões serem compartilhadas numa instituição é também apontada por Lantz (2015), o qual refere o quão difícil é ter espaços de participação dos trabalhadores para decisões coletivas, pois isso envolve mudanças na estrutura hierárquica e nas concepções e suporte às equipes que executam o seu trabalho na ponta. Além disso, Spitzmuller e Van Dyne (2012) mencionam que o mesmo se aplica aos processos de tomada de decisões e na maneira em que decisões importantes são comunicadas aos empregados. Quando os funcionários estão envolvidos no processo de tomada de decisões da instituição, eles desenvolvem sentimentos de pertencimento à organização, o que aumenta a probabilidade de que eles vão apoiar os intercâmbios gerais e ajudar os outros, sem a concepção de expectativas de alguma retribuição por aquele que foi beneficiado com a ajuda (SPITZMULLER; VAN DYNE, 2013).

Do mesmo modo, o fato de ser parte da tomada de decisões relacionadas com o trabalho e de incluir os demais ajudará a equipe a construir um sentido compartilhado de demandas, objetivos, estratégias e rotinas de trabalho (VAN DEN BOSSCHE *et al.*, 2011). O envolvimento do profissional com o planejamento, execução e avaliação no trabalho são aspectos complementares e sequenciais, que impactam na proatividade da equipe (LANTZ, 2011). Os membros da equipe precisam de um sentido compartilhado sobre o que e por quê fazer, para desafiar o *status quo* e ir além da tarefa estipulada. Isso envolve a atitude de tomar decisões sobre questões relacionadas ao trabalho colocando a demanda sob reflexão, especialmente, quando as diferentes alternativas forem comparadas, e a equipe buscar um sentido de partilha, a fim de construir um plano para o que deve ser feito (LANTZ; HANSEN; ANTONI, 2015). Assim, para Edmondson (2002) e West (2002), aquela equipe que é participativa na tomada de decisões e estabelece bons relacionamentos aumenta a possibilidade de a equipe ser proativa.

A necessidade de cobrança do enfermeiro, para ir além da tarefa estipulada, talvez tenha relação com o trabalho da equipe de enfermagem para não somente ser em torno da prescrição médica. Os protocolos assistenciais talvez sejam vistos pelos participantes do GF como um meio de um olhar mais sistematizado para ações da equipe e subsídios para supervisão do trabalho pelo enfermeiro.

Noutro estudo, essa reflexão é balizada por Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004), em que encontraram no hospital da Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, a equipe de enfermagem guiando e criando uma dependência de suas ações fundamentalmente pela prescrição médica por não ter a prescrição de enfermagem. Ainda, apreenderam que essa situação parece tornar desnecessária a participação do enfermeiro nas tomadas de decisões,

coordenação e supervisão do trabalho, de maneira que a equipe deixa de prestar atendimento ao paciente, baseada na assistência planejada pelo enfermeiro, sendo este geralmente solicitado, apenas quando a equipe não consegue implementar a prescrição médica ou realizar algum procedimento técnico. Nessa mesma pesquisa, um dos enfermeiros respondeu no questionário que parecia que só cumpriam a prescrição médica.

Já na década de 1990, Lunardi Filho (1997) pontuou que a enfermagem acaba não desempenhando atividades de sua real competência, mesmo que geralmente apresente suficiente preparo, o que gera indefinição do seu próprio espaço de atuação, limitando-se mais ao que lhe é atribuído pela administração da instituição ou por outros profissionais. Tais achados podem ser percebidos também no GF:

- Ajudava os técnicos, [...] a gente se dividia. Me aliava, me introduzia na equipe, não sendo a líder, mas entre aspas, porque eu me introduzia como um técnico, via sinais vitais e dizia não quero que atrase a medicação das 20 horas, vocês vão diluindo medicação, vou ver os sinais vitais e ao mesmo tempo já faço a minha visita, vejo como eles estão [...]. (E2)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 1, 06/10/2015)

- Essa parte de colocar em prática ideias novas é muito difícil, que eu já tentei. Teve uma situação, foi com a enfermeira: “ah vou liberar a dieta, vou fazer a evolução” e quando eu disse para ela: “ah já fiz, já liberei a dieta”, “não, mas tu não podes ir, sem eu ver paciente meu”, “mas já fiz”, “não, mas não pode, por isso que você tem chefia, uma enfermeira no setor, para ti reportar a ela e ela ver o que que é para dar”. Eu já fiquei meio apreensiva e pensei se aquilo ali compete a mim mesmo, já fiquei meio com um pé atrás, a partir daquele momento, porque tu pensa, ah isso aqui eu posso fazer, mas não devo fazer. (TA1)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 21/10/2015)

No debate, houve menção à falta de clareza nas rotinas entre setores e das atribuições de cada profissional, ressaltando-se que ainda não há Sistematização da Assistência de Enfermagem implementada nesta instituição. Por outro lado, iniciativas proativas são enquadradas em limites estipulados e reiterados pela própria equipe de trabalho.

Diante de entendimentos poucos claros das exigências de cada cargo, pode fazer sentido o fato de uma enfermeira do estudo ter pontuado: “me introduzia como um técnico” e de uma técnica de enfermagem ter dito “posso fazer, mas não devo fazer”, perpassando as tensões entre os cargos, ao longo das discussões no GF e nas contradições entre os papéis das categorias profissionais que possivelmente imobilizam os trabalhadores para a proatividade pelas repercussões de uma divisão social e técnica do trabalho da enfermagem.

Não obstante, num espaço com poucas direções sobre a atuação da enfermagem pode existir a flexibilidade e oportunidades para a organização e o desenvolvimento de ações de maneira mais autônoma e responsável pelo enfermeiro e auxiliares e técnicos de enfermagem,

bem como para o exercício da liderança do enfermeiro. Nessa apreensão de possibilidades para a autonomia, Freire (2010) sinaliza que a autonomia deve ser conquistada, a partir de decisões e vivências e assunção de responsabilidades, fundando-se na liberdade de pensar por si e na capacidade de intervir conscientemente e ativamente, juntos aos outros, no mundo.

Cabe atentar que as atribuições dos cargos de enfermeiros, de técnicos e auxiliares de enfermagem precisam estar claras para cada integrante da equipe no desenvolver do trabalho, sem excluir o labor coletivo da equipe de enfermagem. Em relação a isso, pesquisas apontaram que as atividades dos enfermeiros são associadas e/ou confundidas, muitas vezes, com o fazer do técnico e auxiliar de enfermagem (BACKES *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2015).

5.2.3 Estratégias que impulsionam a proatividade

Com o avançar do debate, os participantes do GF levantaram possibilidades para que pudessem expressar o comportamento proativo no hospital. As estratégias emergiram enquanto ideias dos profissionais, por compreenderem que a realidade pode ser modificada. Nas discussões, o desvelamento pelos trabalhadores dos problemas para a emissão do comportamento proativo consistiu na elaboração de protocolos assistenciais que, por conseguinte balizariam a supervisão do trabalho da enfermagem pelo enfermeiro, além da fomentação de espaços de diálogo, por meio de reuniões periódicas.

Essas questões são relacionadas ao gerenciamento do trabalho da enfermagem no âmbito das equipes, mas que também têm relação com a organização laboral em nível institucional. Nas discussões do GF, foi considerado que tais estratégias estão bastante condicionadas à seara institucional.

Por outro lado, os trabalhadores contradisseram-se, ao expor a preocupação de orientação dos trabalhadores recém-contratados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Nisso permeia a expectativa de que eles ou a adesão a essa empresa solucionem os problemas que levantaram. No GF, foi retomada a importância de estímulos sobre o comprometimento do profissional, protocolos assistenciais reconhecidos como instrumentos institucionais, espaços de diálogos por meio de reuniões, inclusive para a comunicação desses protocolos e para a busca de resolução das dificuldades no trabalho nas unidades de internação e o suporte da gerência de enfermagem nessas construções.

Atrelada ao questionamento realizado pela Moderadora, houve referência à pensarem um mundo do trabalho onde tudo fosse possível:

- Como vocês podem ser mais proativos aqui no hospital? (Moderadora)
- Acho que comprometimento. Você pode fazer essas pactuações, quando chega uma pessoa nova para trabalhar, sentar para conversar, tu tens que ser comprometido, isso vai fazer parte de tua avaliação, eu vou te cobrar isso. (E3)
- Eles entram, toda a equipe como se fosse uma contaminação. Tu sabes que é importante ir lá dar banho, tu vais fazer, vendo o outro fazer, mas no momento que tu vêes que o negócio está ruim, aí começa, bom se não vão querer fazer, o outro também não e não há cobrança, não há uma coisa que te impulse a melhorar aí tem que cuidar tipo, isso aqui não fazem nesse setor, e aí tu vais se deixar se contaminar [...]. (TA4)
- Acho que é um instrumento de tu passares adiante essas normas, essas rotinas se tiver alguma mudança, tu conseguir disseminar isso, não ficar só extraoficialmente. Acho que deveria ter um cronograma de reunião, um planejamento mensal, semestral conforme for a demanda, não sei, faz tanto tempo que não se faz reunião, não tenho assim uma ideia de quanto tempo é periódico. (E3)
- Tem que ter reuniões para implementar normas e rotinas, porque as pessoas são diferentes. (TA4)
- Uma reunião para conversar, porque o TA3 falou os problemas, porque a medicação não pinga, mas a gente já sentou e já falou para o colega que isso é uma coisa que não é legal, como é que a gente poderia fazer diferente, não se fala. (E3)
- [...] nós somos federais, só tem essa avaliação no período probatório e para quem já está, não. Só se tiver algum problema com o profissional e aí tu fazes. A equipe da nossa noite conversa sobre algumas coisas. Sem um futuro, porque tu queres fazer melhor, o que a gente pode no nosso turno, ver aquilo que a gente pode fazer tipo prestar um serviço para o paciente, fora dali não nos compete mais, justamente por isso, porque precisaria que todos tivessem a mesma visão. (TA4)
- Tinha que ter participação ativa da gerência de enfermagem e que a gente não tem. (E2)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 21/10/2015)

Para que haja espaços à expressão da proatividade é necessário um mínimo de organização, porque se corre o risco de perder o foco. A falta de parâmetros para as equipes torna tudo muito aleatório a cada turno, setor, e criam-se vícios, interferindo negativamente na emissão de comportamentos proativos. Não seria apologia ao enquadramento, mas o entendimento de que um mínimo de organização do trabalho é necessário para viabilizar o surgimento de novas ideias e melhorias contínuas. Se a instituição é “abandonada”, o trabalhador também “abandona” o seu trabalho, agindo sem investimento.

Entretanto, no GF, a compreensão dos participantes progrediu para atitudes de autonomia e de responsabilidade dos profissionais no âmbito das equipes. Houve a menção às reuniões de equipe para dialogarem sobre aquilo que os incomoda no desenvolvimento do trabalho. Por exemplo, foi discutido sobre as repercussões do agir de alguns colegas que administram medicamentos após o horário apazado na prescrição, interferindo nas

subsequentes infusões de medicamentos endovenosos e na qualidade do cuidado que é prestado pela equipe ao paciente.

Os protocolos assistenciais foram compreendidos no GF enquanto instrumento relevante para facilitar a comunicação entre equipes e orientar os cuidados de enfermagem de uma mesma unidade de internação, com vistas à qualidade. Não obstante, essa necessidade foi observada também com relação ao ingresso dos trabalhadores contratados pela EBSEH:

- A gente tem essa dificuldade no hospital, não tem uma padronização e tem realmente muita dificuldade na comunicação aqui, também por isso, por não ter um instrumento, o manual da rotina, protocolo. Agora estão começando a elaborar esses protocolos como exigência da empresa. Então se perde um pouco, cada uma falando uma coisa para pessoa nova que chega. (E3)

- Cabe a oportunidade de cada profissional faça sua fórmula de orientações ao paciente. (TA4)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 21/10/2015)

No GF, os participantes mencionaram que a elaboração desses protocolos assistenciais adveio como uma exigência externa, isto é, “de fora para dentro”, devido à adesão do HE/UFPe à EBSEH. Isso não significa que os profissionais não entendem a relevância desse instrumento gerencial, pois num estudo desenvolvido nesse mesmo hospital (PORTO, 2011), essa necessidade já havia sido levantada por enfermeiros. No entanto, parece que esse processo acabou sendo disparado mais por uma exigência externa do que pelas necessidades apontadas pelos trabalhadores de enfermagem, visto que esses sinalizaram o entendimento das suas corresponsabilidades na construção desses protocolos, e não apenas enquanto responsabilidade da gestão central da instituição. Ressalta-se que nesse processo o diálogo é indispensável para que não sejam normas desprovidas da flexibilidade necessária para que os trabalhadores prestem cuidados conforme as condições singulares de cada paciente.

Os participantes do GF pareciam sentir a necessidade de subsídios mais sistematizados para a prestação de cuidados nas unidades de internação e que isso seria um meio dos profissionais serem mais proativos no desenvolvimento do cuidado ao paciente. Ainda, no debate foi mencionado que a capacitação de novos colegas, a cobrança e a avaliação de desempenho poderia ser ancorada nos protocolos. Dal Pai (2011) afirma que a alusão ao protocolo pode expressar a necessidade de serem assumidos acordos de cooperação que visem melhorias e requer uma postura ativa dos trabalhadores na organização do trabalho face à manutenção do que está dado.

No que tange à avaliação do desempenho dos trabalhadores aludida no debate, entende-se à luz freiriana que avaliação do que se faz remete à comparação de resultados com o que se

pretende e correção de erros e imprecisões da prática (FREIRE, 2010). O olhar para a avaliação numa perspectiva freiriana possibilitaria aos trabalhadores que esse processo não se restringisse a uma avaliação dos subordinados pelos superiores, mas sim de um processo de gestão de desempenho da equipe. Isto é, os próprios trabalhadores mobilizariam a avaliação dos profissionais e do trabalho em suas unidades ancorada na teoria da ação dialógica, desvelando e pronunciando o mundo e na reflexão e ação, anunciando uma nova realidade.

No GF, os trabalhadores manifestaram que muitas vezes encontraram barreiras para demonstrarem a sua proatividade, seja junto à hierarquia superior, seja com os colegas:

- Muitas vezes o pessoal tem uma visão, esse paciente já está quase morrendo, deixa ele do jeito que está. Fui fazer um plantão no outro setor de urgência, aí peguei um paciente que estava em fase terminal de câncer, fui passar a medicação nele, ele estava com acesso periférico já fazia oito dias, com o mesmo acesso, 'super' edemaciado, aí chamei a enfermeira, para poder puncionar. A tarde ele foi a óbito. Minha parte eu fiz, higienizei, troquei o acesso. Noutro setor fui dar o banho, lavei os cabelos e tudo, uma coisa que me chamou a atenção, foi o que minha colega disse: "tu não deves fazer tudo isso, eu digo ué, por quê? Porque agora eles vão achar que é moda, tu vens do outro setor e estás criando moda entre os pacientes. Eu digo: e o banho? Banho não é só pano! Mas aqui geralmente é assim". Como se tu quisesses criar uma moda! (TA1)

- Trabalho há bastante tempo na área da saúde, acho que tem alguns profissionais que deixam a desejar, e o mais importante disso a gente não deve deixar se contaminar por eles. (TA4)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 21/10/2015)

Os participantes do GF retomaram a ideia de humanização no trabalho, com os colegas e para o paciente. Para Freire (2010) a busca pela humanização dá sentido à crença de que os seres humanos têm a vocação ontológica para serem cada vez mais humanos, defendendo a subjetividade envolta na relação sujeito e mundo, insistindo radicalmente no amor e na esperança como condições para uma verdadeira transformação social da realidade. Também implica em reconhecer o que condiciona a pessoa e as situações que a limitam para serem melhores.

Ao se retomar um estudo desenvolvido no mesmo hospital (PORTO, 2011), as demandas levantadas na enfermagem foram as mesmas. Com o passar dos anos, parece que os trabalhadores estão "paralisados", aguardando uma solução externa, de fora para dentro, ou de cima para baixo. Para Freire (2008), a paralização diante do futuro é uma característica da alienação que produz insegurança e medo de correr riscos na superação criadora do presente e de revelar o compromisso com o futuro.

Nisso, a EBSEH no GF surgiu como uma "salvadora da pátria" pelas possibilidades que estão se desenhando com a adesão do HE/UFPel a essa empresa, como os POP. Entretanto, são necessários espaços de representatividade para diálogo com a gerência e numa relação de

interdependência que viabilizem interlocuções mais efetivas com as equipes e à proatividade e para os processos de mudanças não ficarem tão desiguais.

Compreende-se que as dificuldades que ressoam da falta de um mínimo de parâmetros na organização do trabalho são obstáculos para os profissionais expressarem a sua proatividade no trabalho. Estudiosos têm alertado que os comportamentos proativos são permeados pela ausência de certezas e clarezas, isto é, por ambiguidades (GRANT; ASHFORD, 2008; GRIFFIN; NEAL; PARKER, 2007), ora pela incerteza que os trabalhadores têm de conseguir ou não resolver determinada situação, ora pelos riscos de desafiar a situação que está dada, que podem ser vistas como uma ameaça aos superiores, provando reações negativas (GRANT; PARKER; COLLINS, 2009) e levando a resultados incertos.

Os trabalhadores demonstraram uma disposição latente que vai na direção da proatividade, mas há espaços estabelecidos nos quais eles próprios precisam encontrar os respiradouros para poderem expressarem comportamentos proativos no trabalho:

- Sobre a medicação mesmo, deveria ter mais cobrança também dos funcionários [...] terminou o horário da medicação é das 18h, não é das 19h ou 20h e isso acontece muito [...] estou falando do meu turno também. (TA3)

- Por isso que é importante ter normas, de rotinas em cada setor, para evitar que certas coisas aconteçam. Quando for feito o cumprimento de uma forma, a equipe do dia de outra, da tarde outra. Normas e rotinas que vai padronizar todos a executar as tarefas, na mesma direção, não com o mesmo jeito, mas com a mesma visão, a mesma linguagem. Porque isso tem que construir na verdade, ser implementado, os enfermeiros deveriam se reunir e fazer uma reunião e dentro disso tudo, eles fazerem normas e rotinas para implementar em cada turno. E quando houvesse alguma alteração daquilo que estava especificado, ele comunicasse a equipe, e também a capacitação no meu ver do profissional novo que entra em uma equipe, deve ser realizado pelo enfermeiro, não os colegas capacitarem. O enfermeiro, os colegas se ajudam, tem que interagir para se ajudarem, mas quem tem que fazer o primeiro momento daquele profissional, ao meu ver é o enfermeiro. (TA4)

- Se o enfermeiro tivesse mais junto. (TA3)

- A partir dessa visita do COREN, já exigiram também que até daqui a um mês que todos os setores tivessem POPs construídos. A chefia pegou os POPs para construir e foi delegando para os enfermeiros ajudarem, então cada um está construindo POP, que vai ser revisado, para poder ficar esse procedimento operacional padrão, como as rotinas no caso, sinais vitais, admissão, até evolução, como tem que ser feito, padronizado, mas ainda estamos num momento de construção, sem reuniões, individualmente, cada um fazendo, entrega, bem assim. (E3)

- E eu até nem sabia que tu estavas fazendo já, eu não sabia dessa visita do COREN. Tinha ido na gerência um dia por acaso e aí eles me informaram vai ter POP e tu vai começar a fazer, só não tive informação nenhuma a mais, eu nem iniciei ainda. (E2)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 21/10/2015)

A supervisão do trabalho pelo enfermeiro foi mencionada novamente pelos participantes no GF. E nisso a necessidade de um fluxo comunicacional eficiente na instituição para que os protocolos assistenciais tenham o sucesso esperado. Afinal, eles anseiam por modelos de gestão compartilhados e mais participativos na instituição para que de fato aqueles indivíduos com potencial para atitudes mais proativas consigam expressar toda essa potência latente em ações.

Entretanto, no GF, os participantes reportaram-se à garantia do cumprimento de normas e regras, por meio de controle e fiscalização, destoando da supervisão do trabalho, subsidiada em modelos de gestão mais participativos. Busca-se em Freire (2013a) que é necessário alertar para que a capacitação dos ingressantes não seja uma educação bancária, ou seja, na reprodução de uma consciência acrítica, do pensamento das certezas, da realidade estática e definida, a partir de uma referência cristalizada.

Nessa ótica, Liberali (2013) acena que na supervisão do trabalho da enfermagem, pautada em modelos participativos, considera-se o envolvimento dos integrantes da equipe na análise das necessidades do serviço, na definição de responsabilidades e no estabelecimento de prioridades e recursos na organização do trabalho, no planejamento de ações em conjunto, na tomada de decisões compartilhadas, no desenvolvimento de conhecimentos e capacidades do grupo e, ainda, na comunicação entre os níveis hierárquicos da instituição.

Nesse sentido, as discussões no GF sinalizaram a falta de supervisão do trabalho com base na participação dos profissionais e também destes nos acontecimentos da instituição. Nessa seara, compreende-se participação a partir de Freire (2003, p. 73): “enquanto exercício de voz, de ter voz, de ingerir, de decidir em certos níveis de poder”. Para tanto, as trocas de ideias entre empregadores e empregados não se dão unicamente a partir de um ou de outro e, sim numa relação de colaboração entre ambos para que o processo de participação aconteça.

Os trabalhadores de enfermagem tornariam isso possível ao se engajarem nos acontecimentos da instituição, disponibilizando-se para construir espaços de diálogo e ter comprometimento com as pactuações junto aos gestores, isto é, decorreria de atitudes mais proativas dos profissionais. Diante de condições favoráveis para participação por parte da gestão do HE/UFPel, isso vai ao encontro do que Freire (2008) sinaliza, em que os trabalhadores, mobilizados pela participação, renunciariam a serem meros espectadores, não se satisfazendo em assistir o que acontece, querendo participar e, decidir juntos os passos a serem tomados.

No debate do GF, foi aludida a admissão de novos empregados por processo seletivo, devido à adesão do hospital à EBSERH, ocasionando a demissão dos trabalhadores com vínculo empregatício CLT, por tempo determinado, por meio da Fundação de Apoio Universitário

(FAU/UFPeI). Nesse processo, no mês de outubro de 2015 começaram a acontecer as admissões de trabalhadores via EBSERH, em que os participantes mencionaram o sentimento de não serem suficientemente chamados para receberem informações ou decidirem juntos com a gestão da instituição, como integrantes dessas mudanças, que estão acontecendo com a adesão do HE/UFPeI à EBSERH:

- [...] sinto falta de chamar mais a gente para participar desse processo de mudança. A gente teve uma reunião com a gerência [de enfermagem], mas acho que a gente deveria ter mais. A gente está um pouco de fora desse processo, tanto que perguntaram como é que vai ser agora? E a gente também não sabe, cada uma fala uma coisa. (E3)

- É a comunicação, não passam e daí a equipe fica perdida, ou cada um mudando, cada um da sua forma. (TA4)

- Acho que vai ser fundamental a presença do enfermeiro no caso, porque às vezes parece que ele está meio afastado, não todos os setores. [...] tanto o enfermeiro do horário, quanto a chefia da enfermagem, que não participa, não tem reuniões com a chefia. Sinto assim que o enfermeiro deveria estar mais presente, não é sempre que está, e agora vai precisar, agora vai chegar o pessoal novo. Estar junto ali, acho que no momento parece que eles não estão muito, não participam tanto, “ah o pessoal já é antigo, todo mundo sabe, todo mundo se organiza, todo mundo se escala”. Acho que alguns, nem todos, parece que ficam meio longe da equipe, e a chefia de enfermagem mais ainda [...]. (TA3)

- Como enfermeira sinto essa dificuldade, a gente não participa. (E3)

- [...] existe essa diferença dos federais para os FAU e agora vai ter uma terceira categoria, vão ser três, acho que vai ser um pouquinho complicado no início, acho que já deveriam acontecer essas reuniões, principalmente entre os federais porque eles que vão ajudar, eles que vão ficar, quem vai avaliar noventa dias. Já estão chegando aí e até agora não vi chamarem para reunião nenhuma. (TA2)

- [...] nossa equipe no caso vai trocar todo mundo, cada um fala uma coisa, não tem um protocolo, como é que a gente vai avaliar, vai receber, e a gente está sentindo de fora desse processo, então da mesma forma que tu te sentes distante do enfermeiro, eu também me sinto distante assim, e a gente chama, tenta participar, mas não tem assim um retorno e acho que poderia ter valorização, não que a gente seja mais importante, mas podíamos ajudar tanto nesse processo. (E3)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 21/10/2015)

A partir das colocações do grupo, em que todos ansiosamente expressaram as suas preocupações com o algo desconhecido, a EBSERH. A Moderadora retomou a palavra, provocando-os se o problema que referem acontece com esse processo apenas, questionando:

- Como são os outros processos? (Moderadora)

- Participei de duas reuniões ou três só, na minha unidade, não tem muito, a gente consegue conversar, mas sentar todo mundo e reunir, eu lembro que a gente teve uma reunião para falar sobre a EBSERH e, virou uma bagunça porque aí começou todo mundo trazer demandas das suas unidades. (E3)

- Já faz tempo. (TA2)

- Então mudou o foco, porque a gente nunca se reuniu, então quando todas as enfermeiras se reuniram aquilo ali virou uma lavagem de roupa suja, se falou assim, qualquer coisa menos da EBSEH, porque não existe essa chamada. (E3)

- O pessoal está faltando muito, quem passou e quem não passou no processo [seletivo]. A gente fica com falta de funcionário para trabalhar e as enfermeiras ficam com medo de avisar na gerência porque vão dizer “faltou te vira com o que tu tens” então isso está sendo praticamente todos os dias, poucos funcionários e fica como diz no nosso círculo ali, ninguém sabe, ninguém vê, deixa assim. Porque elas não levam na gerência porque tem medo de virar reclamação. (TA1)

(Fonte: Grupo Focal, Encontro 2, 21/10/2015)

A preocupação dos participantes no debate foi principalmente de não terem um fluxo organizado de comunicação de informações internas e administrativas da instituição, a partir da direção e gerência do grupo de enfermagem, por meio de reuniões sistematizadas e periódicas com os profissionais, ou pelo menos com os enfermeiros das unidades de internação. Pelo contrário, o processo de comunicação nesta organização pareceu truncado e, por vezes, aparentou que o grupo anseia pela interação entre gerentes e quem presta assistência, num nível mais horizontal. No GF, identificou-se que há de um lado a “voz” dos trabalhadores por meio da falta ao trabalho e de outro uma cultura de silêncio e medo de denúncia sobre isso.

Não obstante, as reuniões de equipe/de trabalho indicada como indispensáveis pelos participantes da pesquisa poderia atender as demandas de suas unidades e a expressão das necessidades das equipes. A relevância de reuniões é enfatizada por Bernardes *et al.* (2012), pontuando que os encontros periódicos entre os trabalhadores, com o intuito de repensar o ambiente de trabalho, sugerindo ideias para a organização, possibilita que a comunicação aconteça de fato entre esses.

As reuniões de equipe podendo ser um meio de fomentar a comunicação de informações e, assim, de propiciar mais facilmente atitudes proativas acabam sendo elemento chave para os trabalhadores de enfermagem do presente estudo, que anseiam por voz, para proferir o que observam e pensam relacionado às melhorias nas unidades de trabalho, dialogar com os gestores, sentindo-se parte da mesma realidade e buscando objetivos em comum. Nos momentos de comunicação, os gestores e trabalhadores de enfermagem precisam estar abertos para que o processo de diálogo seja efetivo para todos e se constituam ideias e ações para melhorias no serviço.

Freire (2013a) refere que o diálogo não se concretiza entre quem nega o espaço à palavra e os que se acham negados deste, assim como não há o pronunciamento do mundo, sem modificá-lo, pois não se trata da doação do pronunciar de uns aos outros. Por meio do diálogo, as lideranças e equipes, juntas, necessitam de um esforço verdadeiro na direção do

desvelamento da realidade, o que requer leitura crítica do mundo, na ação e reflexão. Além disso, é necessário convir com Freire (2000) de que é preciso tomar consciência da realidade e da própria capacidade para transformar e não só a de se adaptar.

Por fim, para que a proatividade da enfermagem no hospital vá além de uma postura restrita à alguns profissionais, a leitura crítica dos empecilhos para a emissão desse comportamento é imprescindível para que numa interpretação aprofundada da realidade, concretize-se em ação.

5.3 SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

A seguir no Quadro 1, apresenta-se uma síntese dos resultados oriundos dos trabalhadores de enfermagem das unidades de internação do HE/UFPel:

Quadro 1 – Síntese dos resultados das unidades de internação do Hospital Escola

PROATIVIDADE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL			
Peculiaridades individuais e de equipes influenciam a proatividade no trabalho	(I)mobilizações para a proatividade da enfermagem		Idealizações para uma organização mais proativa do trabalho
	<i>Imobilizações</i>	<i>Mobilizações</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Há aumento na emissão de comportamentos proativos dos trabalhadores com 51 a 69 anos em relação aos mais jovens ($p=0,006$), mas diminuem ao longo dos anos, 11 a 15 e 26 a 32 anos de serviço na instituição ($p=0,004$). - A aquisição de bens e constituição de família pode ser uma motivação dos mais jovens para serem mais proativos. - Ter filhos pode repercutir em menor emissão de comportamento proativo. - A busca de titulação de enfermeiro pelos auxiliares e técnicos de enfermagem é motivada pela gratificação financeira anunciada no plano de carreira. - A estabilidade do vínculo empregatício estatutário possivelmente tenha relação com a acomodação repercutindo no desempenho laboral. - Sensação de divisão desigual de tarefas entre os turnos de trabalho, alegando maior sobrecarga no diurno. Cogitado que o noturno se restringe ao atendimento de intercorrências. - A rotatividade de pessoal rompe com o tempo necessário de confiança e conhecimento da equipe para iniciativas no trabalho. - Falta de comunicação efetiva e sistematizada das informações entre equipes, turnos e gestores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção restrita quanto às necessidades de melhorias na organização do trabalho. - Expectativa de resolução dos problemas projetada nos outros, na gerência e na chefia imediata. - Resistência (boicote) à gerência quando sugeridas alternativas de capacitação como a aprendizagem do “fazer” do outro. - Enfermeiro ausente e gestores distantes das equipes. - A indefinição dos papéis das categorias profissionais da enfermagem repercutindo em limites para iniciativas no trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Busca de conhecimentos para incrementar a qualificação cuidado do paciente. - Percepção acerca das necessidades de melhorias no ambiente de trabalho. - Influência positiva da liderança do enfermeiro na equipe quando manifestada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprometimento profissional no âmbito de todos trabalhadores de enfermagem. - Incremento da supervisão do trabalho pelo enfermeiro da unidade. - Ações assistenciais e gerenciais do cuidado subsidiadas em protocolos. - Implantação de um sistema de avaliação de desempenho. - Reuniões periódicas intra e inter-turnos e com os gestores, promovendo espaços que realcem a participação e diálogo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa é possível tecer considerações acerca da proatividade no trabalho a partir das percepções dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário público. As estratégias de coleta de dados, questionário e técnica de grupo focal, propostas em um método misto explanatório, agregaram ao conhecimento do fenômeno em estudo, bem como o referencial freiriano forneceu relevante arcabouço teórico que subsidiou a compreensão e análise das discussões sobre os comportamentos proativos numa perspectiva crítica e participativa.

De acordo com os resultados que compreenderam 347 profissionais de enfermagem de um hospital universitário público, um considerável quantitativo de 218 (62,8%) trabalhadores de enfermagem no hospital e 155 (61,5%) das unidades de internação apresentou forte emissão de comportamentos proativos. As médias de proatividade foram maiores em enfermeiros ($p < 0,001$) e inversamente correlacionadas à idade, ao tempo de atuação na área saúde e na instituição ($p < 0,05$).

No entanto, a proatividade pareceu restrita àqueles enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem que conseguem encontrar microespaços de autonomia no trabalho para terem iniciativas e serem propositivos. Atrelado a isso, os profissionais perceberam como poderiam melhorar o seu ambiente de trabalho, mas encontram percalços para concretizar novas ideias no trabalho e participar dos acontecimentos no hospital, com vistas às melhores práticas.

Cumprе salientar que o atendimento qualificado, as tomadas de decisões conjuntas, a liderança compartilhada e as diferenças individuais expressas pela idade do trabalhador e pelo tempo de trabalho na instituição foram fatores contextuais associados ao comportamento proativo dos trabalhadores de enfermagem ($p < 0,001$).

As diferenças de proatividade, com relação a fatores contextuais, foram evidenciadas nos dados quantitativos e reiteradas nas informações qualitativas. Ao discutir questões dessa natureza no GF, sobressaiu que os trabalhadores mais jovens se sentem motivados a serem proativos pelo desejo de constituir família e adquirir bens. Também, houve destaque as diferenças de expressão de proatividade entre profissionais contratados pela CLT e RJU, que foram comentadas a partir da estabilidade proporcionada pelo vínculo empregatício do RJU enquanto possível relação com ser menos proativo. Por outro lado, apesar da percepção de que ocorre divisão desigual de tarefas entre os turnos de trabalho interferindo na emissão de comportamentos proativos, houve reconhecimento de que ser proativo depende de cada trabalhador e não apenas do turno de trabalho do profissional ou do tipo de contrato.

As dificuldades de diálogo e colaboração entre os diferentes níveis hierárquicos na enfermagem vão na contramão de ações conjuntas e coesas para se conquistar melhorias no trabalho e para que os profissionais possam ter atitudes proativas. Talvez possa haver um antagonismo entre a percepção dos valores organizacionais por parte dos trabalhadores de enfermagem, que realizam assistência direta ao paciente, e os valores esperados por seus superiores. Uma análise aprofundada sobre essa discrepância configura relevante meio de desenvolvimento de estratégias mais assertivas que promovam a assimilação da missão, dos objetivos e metas da organização por parte de seus colaboradores.

Entretanto, é preciso que os trabalhadores se sintam participantes do processo de seleção destes valores para que se sintam identificados com a organização, o que por conseguinte, pode repercutir na expressão da proatividade, já que os valores estão relacionados com as necessidades e expectativas dos profissionais e suas percepções sobre a instituição onde trabalham.

Apesar dos obstáculos apontados pelos trabalhadores, o GF foi importante para que conjecturassem melhorias para a organização do trabalho no hospital, a exemplo das sugestões de implantação de normas e rotinas para procedimentos de enfermagem, com o intuito de balizar a gerência das práticas de cuidados das equipes, de reuniões periódicas que propiciem a participação e o diálogo entre os trabalhadores nas equipes e das equipes com seus superiores e, ainda, de avaliação sistematizada do desempenho, com vistas à trocas de *feedbacks* entre os profissionais.

Entre as possibilidades que se projetam nesta investigação, propõem-se alguns caminhos que possam impulsionar a proatividade dos trabalhadores de enfermagem nas unidades de internação. Deste modo, recomenda-se: a realização de um diagnóstico das necessidades de normas e rotinas de procedimentos para a enfermagem por meio de um grupo de trabalho em cada unidade de internação, com o intuito das equipes terem um instrumento para subsidiar melhores práticas de cuidado e o cuidado seguro; o incentivo de práticas que estimulem os trabalhadores a exporem suas ideias sem medo de correrem riscos de punições ou represálias de colegas; a promoção de reuniões sistemáticas para comunicação intra e inter-equipes, turnos, gestores e entre setores com vistas à integração entre os trabalhadores e fortalecimento de vínculos saudáveis, à superação de problemas internos, à avaliação da organização do trabalho e à construção conjunta de intervenções nos problemas diagnosticados; o desenvolvimento de lideranças nas equipes, com o intuito de implantar um sistema de avaliação periódica de desempenho, enquanto relevante instrumento para *feedback* entre os trabalhadores; e a difusão da temática da proatividade no trabalho por meio da capacitação dos profissionais de saúde a

fim de sensibilizar para a leitura crítica da realidade de trabalho e estimular para sugestões e soluções aos problemas, bem como para colocar em prática novas ideias.

Assim, as reflexões, o aporte teórico e os resultados do estudo sustentaram a tese de que a proatividade, mediada pelo agir crítico-reflexivo entre profissionais de enfermagem, encontra ressonância nas potencialidades do diálogo que supera entendimentos ingênuos e a passividade, mobilizando a equipe para construções coletivas no contexto do trabalho.

Ainda, cabe destacar a utilização precursora da ECPO_R no cenário hospitalar e na área da enfermagem e sua validade para a amostra estudada ($\alpha=0,904$). No entanto, é oportuno que essa escala seja aplicada noutros cenários, até mesmo para comparar os resultados e averiguar se os achados foram típicos do HE/UFPel, um hospital universitário público, ou refletem-se também noutras organizações.

Uma das limitações quanto ao potencial de generalização deste estudo diz respeito ao desenho transversal da etapa quantitativa, pela característica da coleta de dados num único momento no tempo, ou seja, as informações apresentadas nesta pesquisa retratam as percepções dos profissionais de enfermagem que trabalhavam no hospital durante o recorte temporal de abril a junho de 2015. Da mesma forma, pondera-se que as medidas de autorrelato que compõem a ECPO_R são suscetíveis de possível indução dos respondentes à desejabilidade social, representando um limite comum desse tipo de instrumento de pesquisa. No entanto, cabe lembrar que os resultados qualitativos não foram na contramão dos resultados quantitativos, o que pode significar que a desejabilidade social não tenha sido um ponto preocupante neste estudo.

No que tange à parte qualitativa, aventa-se que possivelmente a frequência e duração dos encontros de grupo focal não tenham sido suficientes para o grupo se sentir provocado e desafiado num diálogo crítico, num clima de confiança e esperança, para refletir e agir sobre os temas-problemas vivenciados no trabalho. Nos dois encontros, os participantes discutiram sobre as (i)mobilizações para a proatividade no trabalho, contudo não se alcançou a objetivação daquilo que os incomodava até uma interpretação mais aprofundada do contexto de trabalho.

À guisa das considerações finais, demarca-se o intuito de contribuir na exploração acerca da proatividade, na seara da enfermagem e da saúde, haja vista que são escassas publicações sobre o tema nessas áreas e que se está longe de esgotar as pesquisas acerca do assunto. Por isso, o conhecimento do nível de emissão de comportamento proativos possibilita às organizações subsidiarem ações mais assertivas no sentido de incentivar os trabalhadores a tais comportamentos em suas práticas cotidianas, bem como auxiliar na procura de melhorias contínuas no trabalho e soluções inovadoras para trabalhar problemas empregados por gestores

e profissionais da enfermagem e da saúde. Além disso, tal conhecimento pode fomentar o desenvolvimento dos trabalhadores para que proativamente resolvam as dificuldades de desempenho no trabalho e busquem como objetivo comum as melhores práticas de cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- AMESTOY, S. C. et al. Compreensão dos enfermeiros sobre o exercício da liderança no ambiente hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 475-82, 2014.
- _____. Percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem na liderança. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 468-475, 2013.
- _____. Processo de formação de enfermeiros líderes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 940-950, 2010.
- ARAÚJO, L.; GAVA, R. **Empresas proativas**: como antecipar mudanças no mercado. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 319-326, 2008.
- BACON, C.; MARK, B. Organizational effects on patient satisfaction in hospital medical-surgical units. **Journal of Nursing Administration**, Billerica, v. 39, no. 5, p. 220-227, 2009.
- BAKKER, A.; DEMEROUTI, E. Towards a model of work engagement. **Career Development International**, Normal, v. 13, no. 3, p. 209-223, 2008.
- BAKKER, A. B.; TIMS, M.; DERKS, D. Proactive personality and job performance: the role of job crafting and work engagement. **Human Relations**, London, v. 65, no. 10, p. 1359-1378, 2012.
- BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. Ambiente de trabalho e a liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 938-943, 2014.
- BARROS, M. M. S.; ARAÚJO, M. R. M.; JOHANN, R. L. V. O. O cuidador merece cuidado: estudo sobre qualidade de vida em profissionais de saúde mental. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 32-39, 2013.
- BATEMAN, T. S.; CRANT, J. C. Proactive behavior: meaning, impact, recommendations. **Business Horizons**, Greenwich, v. 42, no. 3, p. 63-70, 1999.
- _____. The proactive component of organizational behavior: a measure and correlates. **Journal of Organizational Behavior**, Chichester, v. 14, no. 2, p. 103-118, 1993.
- BECK, J. A. et al. Evaluating proactive behavior in lodging revenue management. **International Journal of Contemporary Hospitality Management**, Orlando, v. 26, no. 8, p. 1364-1379, 2014.
- BERNARDES, A. et al. Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1003-1010, 2011.

_____. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1142-1151, 2012.

BORGES, G. **Comportamento proativo de alunos de administração da universidade de Brasília em suas organizações de trabalho**. 2014. 82 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273.

_____. Portaria 2.224, de 05 de dezembro de 2002. Estabelece o sistema de classificação hospitalar do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

_____. Portaria 2.400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm>>. Acesso em: 19 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Palácio do Planalto, 2012.

BURHANS, L. M.; ALLIGOOD, M. R. Quality nursing care in the words of nurses. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 66, no. 8, p. 1689-1697, 2010.

BUSANELLO, J.; LUNARDI FILHO, W. D.; KERBER, N. P. C. Produção da subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisão no processo de cuidar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 140-147, 2013.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CARVALHO, M. C. et al. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 746-753, 2013.

CHIABURU, D. S. et al. Relative importance of leader influences for subordinates' proactive behaviors, prosocial behaviors, and task performance: a meta-analysis. **Journal of Personnel Psychology**, Hagen, v. 13, no. 2, p. 70–86, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 293, de 21 de setembro de 2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em: 22 mar. 2016.

COOPER-THOMAS, H. D. et al. The relative importance of proactive behaviors and outcomes for predicting newcomer learning, well-being, and work engagement. **Journal of Vocational Behavior**, New York, v. 84, no. 3, p. 318-331, 2014.

COSTA, D. G. da; DALL'AGNOL, C. M. Liderança participativa no processo gerencial do trabalho noturno em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1306-1313, 2011.

CRANT, M. J. Proactive behavior in organizations. **Journal of Management**, Greenwich, v. 26, no. 3, p. 435-462, 2000.

CRESWELL, J. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. Thousand Oaks: Sage, 2009.

_____; CLARK, V. P. **Designing and conducting mixed methods research**. Thousand Oaks: Sage, 2007.

CRUZ, R. G.; BIGLIARDI, R. V.; MINASI, L. F. A dialética materialista de Paulo Freire como método de pesquisa em educação. **Conjectura: filosofia e educação**, Caxias do Sul, v. 19, n. 2, p. 40-54, 2014.

DALL'AGNOL, C. M. et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 186-190, 2012.

_____. **Avaliação de desempenho na enfermagem e o ser (a) crítico**. 1999. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____; CIAMPONE, M. H. T. Avaliação de desempenho: diálogos e representações de um grupo na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 363-369, 2002.

_____; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DAL PAI, D. **Violência no trabalho em pronto socorro: implicações para a saúde mental dos trabalhadores**. 2011. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

EDMONDSON, A. C. The local and variegated nature of learning in organizations: a group-level perspective. **Organization Science**, New York, v. 13, no. 2, p. 128-146, 2002.

ELDOR, L; HARPAZ, I. A process model of employee engagement: the learning climate and its relationship with extra-role performance behaviors. **Journal of Organizational Behavior**, Chichester, v. 37, no. 2, p. 213-235, 2016.

ERDOGAN, B.; BAUER, T. N. Enhancing career benefits of employee proactive personality: the role of fit with jobs and organizations. **Personnel Psychology**, Baltimore, v. 58, no. 4, p. 859-891, 2005.

ERKUTLU, H. The impact of organizational culture on the relationship between shared leadership and team proactivity. **Team Performance Management**, Cluj-Napoca, v. 18, no. 1/2, p. 102-119, 2012.

_____; CHAFRA, J. The impact of team empowerment on proactivity. **Journal of health organization and management**, Bradford, v. 26, no. 5, p. 560-577, 2012.

FAY, D.; FRESE, M. The concept of personal initiative: an overview of validity studies. **Human Performance**, Hillsdale, v. 14, no. 1, p. 97-124, 2001.

FERREIRA, G. E. **A proatividade do enfermeiro no gerenciamento do cuidado**. 2013. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

_____; DALLAGNOL, C. M.; PORTO, A. R. Repercussões da proatividade no gerenciamento do cuidado: percepções de enfermeiros. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1-7, jul./set. 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.

_____. **Política e educação**: ensaios. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Educação e mudança**. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 41. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

_____. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

_____. **Ação cultural**: para a liberdade e outros escritos. 14. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 54. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

_____. **Professora sim; tia, não**: cartas a quem ousa ensinar. São Paulo: Paz e Terra, 2013.

FRESE et al. Personal initiative at work: differences between east and west Germany. **Academy of Management Journal**, Ada, v. 39, no. 1, p. 37-63, 1996.

FRESE, M. Personal initiative: the theoretical concept and empirical findings. In: EREZ, M.; KLEINBECK, U.; THIERRY, H. (Org.). **Work motivation in the context of a globalizing economy**. Mahwah: Erlbaum, 2001. p. 99-110.

FULLER, B.; MARLER, L. E. Change driven by nature: a meta-analytic review of the proactive personality literature. **Journal of Vocational Behavior**, New York, v. 75, no. 3, p. 329-345, 2009.

GHITULESCU, B. E. Making change happen: the impact of work context on adaptive and proactive behaviors. **The Journal of Applied Behavioral Science**, New York, v. 49, no. 2, p. 206-245, 2012.

GIRONDI, J. B. R.; GELBCKE, F. L. Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 2, n. 3, p. 191-194, 2011.

GONÇALVES, F. G. A. et al. Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 646-653, 2015.

GONG et al. Unfolding the proactive process for creativity: integration of the employee proactivity, information exchange, and psychological safety perspectives. **Journal of Management**, Greenwich, v. 38, no. 5, p. 1611-1633, 2012.

GRANT, A. M.; ASHFORD, S. J. The dynamics of proactivity at work. **Research in Organizational Behavior**, Greenwich, v. 28, p. 03-34, 2008.

_____; PARKER, S.; COLLINS, C. Getting credit for proactive behavior: supervisor reactions depend on what you value and how you feel. **Personnel Psychology**, Baltimore, v. 62, no. 1, p. 31-55, 2009.

GRIEP, R. H. et al. Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, n. 66, p. 151-157, 2013. Edição especial.

GRIFFIN, M. A.; NEAL, A.; PARKER, S. K. A new model of work role performance: positive behavior in uncertain and interdependent contexts. **Academy of Management Journal**, Ada, v. 50, no. 2, p. 327-347, 2007.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAYASHIDA Y. et al. A tomada de decisão da equipe de enfermagem após revitalização do modelo compartilhado de gestão. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 286-293, 2014.

HUTCHINSON, M.; JACKSON, D. Transformational leadership in nursing: towards a more critical interpretation. **Nursing Inquiry**, Carlton, v. 20, no. 1, p. 11-22, 2013.

JACONDINO, M. B. et al. Vínculos profissionais no trabalho da enfermagem: elemento importante para o cuidado. **Enfermería Global**, Murcia, no. 34, p. 160-171, 2014.

KAMIA, M. **Valores pessoais como antecedentes do comportamento pró-ativo nas organizações**. 2007. 133 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2007.

_____; PORTO, J. B. Desenvolvimento e validação da Escala de Comportamento Proativo nas Organizações - ECPO. **Revista de Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 8, n. 3, p. 359-367, 2009.

KERMARREC, S. et al. French adaptation and validation of the helping alliance questionnaires for child, parents and therapist. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, v. 51, no. 14, p. 913-922, 2006.

KIM, T.; HON, A. H. Y.; CRANT, M. J. Proactive personality, employee creativity, and newcomer outcomes: a longitudinal study. **Journal of Business and Psychology**, New York, v. 24, no. 1, p. 93-103, 2009.

KOH, R. Y.; PARK, T.; WICKENS, C. D. An investigation of differing levels of experience and indices of task management in relation to scrub nurses performance in the operating theatre: analysis of video-taped caesarean section surgeries. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 51, no. 9, 2014.

LACERDA, L. F. B. Sociologia crítica: ensaio sobre perspectivas históricas e manifestações atuais. **Diálogo**, Canoas, n. 23, p. 61-76, 2013.

LANTZ, A. Teamwork on the line can pay off down the line. **Journal of Workplace Learning**, Trieste, v. 23, no. 2, p. 75-96, 2011.

_____; HANSEN, N.; ANTONI, C. A strategy for dissolving the paradox between standardized work and team proactivity by stimulating team learning? **Journal of Workplace Learning**, Trieste, v. 27, no. 1, p. 19-33, 2015.

LASCHINGER, H. et al. Empowerment, engagement, and perceived effectiveness in nursing work environments: does experience matter? **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 17, no. 5, p. 636-646, 2009.

LAU, V. P.; WONG, Y. Y.; CHOW, C. W.C. "Turning the tables": mitigating effects of proactive personality on the relationships between work-to-family conflict and work- and nonwork-related outcomes. **Career Development International**, Normal, v. 18, no. 5, p. 503-520, 2013.

LEÃO, E. R. et al. Perfil acadêmico, crenças e autoeficácia em pesquisa de enfermeiros clínicos: implicações para o programa de pesquisa de enfermagem de um hospital na jornada Magnet. **Einstein**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 507-513, 2013.

LETVAK, S.; RUHM, C.; GUPTA, S. Differences in health, productivity and quality of care in youngers and older nurses. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 21, no. 7, p. 914-921, 2013.

LI, W. D. et al. Reciprocal relationship between proactive personality and work characteristics: a latent change score approach. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 99, no. 5, p. 948-965, 2014.

LIBERALI, J. **Enfermeiros de um hospital universitário em cargo de supervisão** – desafios do trabalho e processo grupal. 2013. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

LOPES, M. G. K. et al. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Joinville, v. 7, n. 2, p. 166-172, 2010.

LUNARDI FILHO, W. D. A prescrição computadorizada de cuidados de enfermagem: o planejamento: o planejamento como forma inovadora de facilitação do cuidado individualizado e de sua continuidade. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 90-95, 1997.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007.

MADEN C. Linking high involvement human resource practices to employee proactivity. **Personnel Review**, Bradford, v. 44, no. 5, p. 720-738, 2015.

MAGALHÃES, A. M. M. et al. Perfil dos profissionais de enfermagem do turno noturno do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 16-20, 2007.

MAGNAGNO, T. S. B. S. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 429-435, 2010.

MATTOSINHO, M. M. S. et al. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém-formados em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 466-471, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2010.

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

NG, T. W. H.; FELDMAN, D. C. The relationship of age to ten dimensions of job performance. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 93, no. 2, p. 392-423, 2008.

_____. Age and innovation-related behavior: the joint moderating effects of supervisor undermining and proactive personality. **Journal of Organizational Behavior**, Chichester, v. 34, no. 5, p. 583-606, 2013.

NOGUEIRA, M. T. **Impacto dos valores organizacionais na expressão de comportamentos pró-ativos**: estudo de caso em uma instituição pública federal. 2009. 71 f. Trabalho de

Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Ciência da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2009.

OHLY, S.; SONNENTAG, S.; PLUNTKE, F. Routinization, work characteristics and their relationships with creative and proactive behaviors. **Journal of Organizational Behavior**, Chichester, v. 27, no. 3, p. 257-279, 2006.

OREG, S.; VAKOLA, M.; ARMENAKIS, A. Change recipients' reactions to organizational change: a 60-year review of quantitative studies. **The Journal of Applied Behavioral Science**, Washington, v. 47, no. 4, p. 461-524, 2011.

PARKER, S. K. Enhancing role breadth self-efficacy: the roles of job enrichment and other organizational interventions. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 83, no. 6, p. 835-852, 1998.

_____ ; GRIFFIN, M. A. Understanding active psychological states: embedding engagement in a wider nomological net and closer attention to performance. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, Hove, v. 20, no. 1, p. 60-67, 2011.

_____ ; TURNER, N.; WILLIAMS, H. M. Modeling the antecedents of proactive behavior at work. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 91, no. 3, p. 636-652, 2006.

_____ ; WU, C. Leading for proactivity: how leaders cultivate staff who make things happen. In: DAY, D. **The Oxford handbook of leadership and organizations**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

PEREIRA, J. T. A. **Relações entre comprometimento organizacional e expressão de comportamentos proativos em uma instituição pública do setor elétrico**. 2008. 82 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade da Ciência da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2008.

PEROZA, J.; RESENDE, M. A. Paulo Freire e a dialética da curiosidade: pistas para uma praxiologia do conhecimento. **Eccos Revista Científica**, São Paulo, n. 25, p. 77-94, 2011.

PIVOTTO, F.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 32-42, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, A. R. **O empoderamento político do enfermeiro na prática hospitalar**. 2011. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2011.

POSTHUMA, R. A.; CAMPION, M. A. Age stereotypes in the workplace: common stereotypes, moderators, and future research directions. **Journal of Management**, Greenwich, v. 35, no. 1, p. 158-188, 2009.

POWER, J.; WADDELL, D. The link between self-managed work teams and learning organizations using performance indicators. **Learning Organization**, Orange, v. 11, no. 3, p. 244-259, 2004.

REIS, S.; PISSARA, J. Antecedentes do comportamento proativo em contexto de trabalho e seus efeitos no desempenho profissional. **Journal of Aging and Innovation**, Lisboa, v. 2, no. 2, 2013.

RIBEIRO, A. C.; RAMOS, L. H. D.; MANDÚ, E. N. T. Perfil sociodemográfico e profissional de enfermeiros de um hospital público de Cuiabá – MT. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 625-633, 2014.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, 2006.

SALANOVA, M. et al. Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 67, no. 10, p. 2256-2266, 2011.

SANTOS, E. I. et al. Representações sociais da autonomia profissional do enfermeiro para profissionais de saúde não enfermeiros. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 481-487, 2015.

SANTOS, P. M. **Comportamento proativo e valores organizacionais em uma instituição pública do Distrito Federal**. 2009. 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Ciência da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2009.

SCHÖN, D. A. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

SILVA, F. A. P. **Comportamento pró-ativo: o impacto dos valores organizacionais e dos estímulos à criatividade**. 2010. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Ciência da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2010.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 502-507, 2007.

SPITZMULLER, M.; VAN DYNE, L. Proactive and reactive helping: contrasting the positive consequences of different forms of helping. **Journal of Organizational Behavior**, Chichester, v. 34, no. 4, p. 560-580, 2013.

STRAPASSON, M. R.; MEDEIROS, C. R. G. Liderança transformacional na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 228-233, 2009.

TABACHINICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. Needham Heights: Allyn & Bacon, 2007.

TELLEGEN, P. J.; LAROS, J. A. Cultural bias in the SON-R test: comparative study of Brazilian and Dutch children. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, DF, v. 20, n. 2, p. 103-111, 2004.

THOMAS, J. P.; WHITMAN, D. S.; VISWESVARAN, C. Employee proactivity in organizations: a comparative meta-analysis of emergent proactive constructs. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, Leicester, v. 83, no. 2, p. 275-300, 2010.

THOFEHRN, M. B. et al. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 190-198, 2011.

TORNAU, K.; FRESE, M. Construct clean-up in proactivity research: a meta-analysis on the nomological net of work-related proactivity concepts and their incremental validities. **Applied psychology: an international review**, Birmingham, v. 62, no. 1, p. 44-96, 2013.

TRUXILLO, D. M. et al. Perceptions of older versus younger workers in terms of big five facets, proactive personality, cognitive ability, and job performance. **Journal of Applied Social Psychology**, Washington, v. 42, no. 11, p. 2607-2639, 2012.

VAGHETTI, H. H. et al. Trabalho como subsistência nos hospitais públicos brasileiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 906-911, 2009.

VAN DEN BOSSCHE, P. et al. Team learning: building shared mental models. **Instructional Science: an international journal of the learning sciences**, Haifa, v. 39, no. 3, p. 283-301, 2011.

VEIGA, H. M. S. **Comportamento proativo**: relações com valores organizacionais, estímulos e barreiras à criatividade nas organizações e normas sociais. 2010. 250 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

_____ et al. Valores organizacionais e comportamento pró-ativo nas organizações. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA, ORGANIZAÇÕES E TRABALHO, 3., 2008, Florianópolis, SC. **Anais...** Florianópolis: CBPOT, 2008.

_____; TORRES, C. V.; BRUNO-FARIA, M. de F. Comportamento pró-ativo e normas sociais: validação de medidas e estudo correlacional. **Revista Psicologia: organizações e trabalho**, Brasília, DF, v. 13, n. 2, p. 155-170, 2013.

VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1301-1314, 2010.

WANG, J.; KIM, T. Proactive socialization behavior in China: the mediating role of perceived insider status and the moderating role of supervisors' traditionality. **Journal of Organizational Behavior**, Chichester, v. 34, no. 3, p. 389-406, 2013.

WARSHAWSKY, N. E.; HAVENS, D. S.; KNAFL, G. The influence of interpersonal relationships on nurse managers' work engagement and proactive work behavior. **Journal of Nursing Administration**, Billerica, v. 42, no. 9, p. 418-425, 2012.

WEST, M. A. Sparkling fountains or stagnant ponds: an integrative model of creativity and innovation implementation in work groups. **Applied Psychology: an international review**, Birmingham, v. 51, no. 3, p. 355-387, 2002.

WILLIAMS, H. M.; PARKER, S. K.; TURNER, N. Proactively performing teams: the role of work design, transformational leadership, and team composition. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, Leicester, v. 83, no. 2, p. 301-324, 2010.

WONG, C.; LASCHINGER, H.; CUMMINGS, G. Authentic leadership and nurses' voice behavior and perceptions of care quality. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 18, no. 8, p. 889-900, 2010.

APÊNDICE A –*Folder* de divulgação da pesquisa

Convite

Você **enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem**, convidamos para participar, como voluntário, do preenchimento do questionário relativo à pesquisa “**Equipes de enfermagem proativas no trabalho**”.

O objetivo da pesquisa é Analisar a proatividade dos trabalhadores de enfermagem num hospital universitário público.

Prevê-se que a coleta de informações ocorra de abril a junho de 2015.

Equipe da pesquisa: doutoranda Adrize Rutz Porto, sob orientação da Profa. Clarice Maria Dall’Agnol, as quais têm como instituição de origem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail para contato: adrizeporto@gmail.com



APÊNDICE B – Guia de Temas do Grupo Focal

ENCONTRO 1

06/10/2015

Abertura:

Duração: 18 minutos

- Boas vindas
- Apresentação da observadora e esclarecimentos sobre suas funções no GF (auxiliar na operacionalização dos encontros, dar *feedback* à moderadora)
- Esclarecimentos sobre os objetivos do estudo
- Esclarecimentos sobre a técnica de GF e dinâmica das discussões: enfatizar sobre a interação do grupo e a troca de experiências
- Estabelecimento do *setting*: pontualidade (início e término), assiduidade, saídas antecipadas, confidencialidade, compromisso da equipe de coordenação e dos participantes
- Esclarecimentos sobre gravação dos encontros em áudio (os diálogos gravados serão transcritos, atribuindo códigos aos participantes, portanto, não haverá identificação dos nomes dos mesmos)
- Apresentação e assinatura do TCLE
- Levantamento para caracterização dos participantes do grupo
- Disponibilização de lanche a todos, o qual poderá ser degustado durante a reunião.

Discussão:

Duração: 1 hora

- Tópico disparador dos debates: resultados parciais da primeira etapa da coleta de dados (questionários autoaplicados) entregue aos participantes, Figura 5.
- Outra questão norteadora: Como a proatividade é exercida (ou pode ser exercida) neste hospital?

Perguntas Auxiliares:

- Os resultados dos questionários mostram que [...], na Figura 5. O que isto pode estar sugerindo?
- [...] Como esse resultado acontece no dia a dia do trabalho em equipe?
- Quanto à participação nos acontecimentos do hospital, como ocorre? E na equipe como se dá?
- Como cada um se articula para auxiliar a equipe na adaptação às novas rotinas?
- Ocorre busca de conhecimentos para melhorias no trabalho? Como?
- Como são conduzidas melhorias no trabalho? Quais condutas são adotadas na equipe?
- Quando foi a última vez que foram sugeridas melhorias no trabalho na equipe? Como ocorreu?
- Quando a equipe parou para conversar sobre problemas no trabalho? Quais exemplos poderiam ilustrar? Essas conversas ocorrem com qual frequência? A equipe busca a causa dos problemas?
- Se o eletrocardiógrafo parar de funcionar, o que a equipe faz? E se a chefia/gerência de enfermagem está atarefada nesse momento, não podendo atender, o que a equipe faz?
- Quando os colegas de trabalho deixam trabalho adicional para a sua equipe. Como a equipe age diante disso?

Síntese:

Duração: 7 minutos

- Validação quanto ao entendimento das principais ideias que surgiram no debate.

Encerramento:

Duração: 5 minutos

- Recolhimento das folhas entregues aos participantes contendo os resultados parciais da 1ª etapa da coleta de dados (questionários autoaplicados).
- Agradecimento pela presença de todos.
- Combinações para próximo encontro, realçando: pontualidade e assiduidade; tema que será abordado no próximo encontro que versa sobre as (i)mobilizações para a proatividade no trabalho, outras características relacionadas à proatividade e conceito de equipes proativas.

ENCONTRO 2

21/10/2015

Abertura:

Duração: 8 minutos

- Abertura do encontro: boas vindas, agradecimento pela presença, questionamento sobre dúvidas, retomada de alguns tópicos do *setting* se necessário (confidencialidade, dinâmica das discussões do grupo, etc.)

Discussão:

Duração: 1 hora e 10 minutos

- Retomada de aspectos-chave do primeiro encontro.
- Questão para debate: O que (i)mobiliza vocês para serem proativos no ambiente de trabalho?
- Retomada dos resultados parciais da primeira etapa da coleta de dados (questionários autoaplicados), entregue aos participantes, como consta na Figura 6.

Perguntas Auxiliares:

- O que facilita/dificulta ser proativo no trabalho? Na equipe? No hospital? Quais exemplos poderiam ilustrar?
- Como é a qualidade de atendimento prestada pela equipe de vocês? Quais exemplos poderiam ilustrar?
- Como é tomada decisões na equipe? As decisões são acerca de quais assuntos? Quem toma a decisão?
- Como é o engajamento da equipe com o trabalho? Quais exemplos poderiam ilustrar?
- Quem é o líder da equipe? Por quê? Quais exemplos poderiam ilustrar?
- Os trabalhadores mais proativos possuem quais características? E os menos proativos?
- Como a antecipação para a resolução de problemas pode ocorrer na equipe? No hospital?
- Quanto ao domínio da sua rotina de trabalho, como cada um percebe esse conhecimento na equipe?
- Quais exemplos poderiam ilustrar iniciativa no trabalho? Ocorre essa iniciativa em sua equipe?
- Quanto a colocar em prática as ideias de melhorias, como ocorre?
- A equipe avalia as suas ações e seus resultados em busca de melhorias? Como ocorre? Estas ações são previamente planejadas em equipe? Quando algo acontece diferente do que foi planejado, a equipe busca alguma solução?
- Há reflexão da equipe de como as suas ações irão repercutir de forma positiva no futuro? O que as equipes pretendem alcançar à longo prazo?

Síntese:

Duração: 05 minutos

- Validação quanto ao entendimento das principais ideias que surgiram no debate.

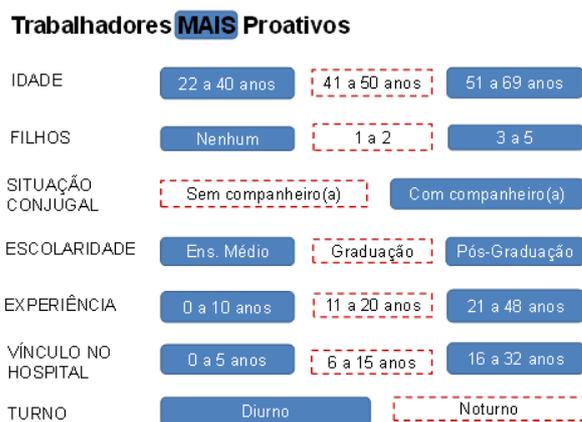
Encerramento:

Duração: 07 minutos

- Agradecimento pela participação na pesquisa

- Esclarecimentos com relação à validação das falas que forem escolhidas para compor o Relatório Final da pesquisa (será agendado um encontro específico com cada participante).
- Defesa da Tese: será divulgado por meio de cartaz na entrada dos funcionários no hospital.

Figura 5 - Resultados parciais dos questionários como disparadores dos debates no encontro 1 do grupo focal. Unidades de internação do Hospital Escola: dados da pesquisa. Pelotas, 2015.



COMPORTEAMENTO DOS **MAIS** PROATIVOS



COMPORTEAMENTO PROATIVO **MODERADO**



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Figura 6 - Resultados parciais dos questionários como disparadores dos debates no encontro 2 do grupo focal. Unidades de internação do Hospital Escola: dados da pesquisa. Pelotas, 2015.

COMPORTEAMENTO DOS **MAIS** PROATIVOS



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Questionário)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (QUESTIONÁRIO)

Prezado(a) Participante,

Convidamos você para participar, como voluntário, do preenchimento do questionário relativo à pesquisa “Equipes Proativas na Enfermagem”, que tem por objetivo analisar a proatividade das equipes de enfermagem num hospital universitário público. A equipe do projeto é constituída pela doutoranda Adrize Rutz Porto [(53)91614069, adrizeporto@gmail.com] sob orientação da Profª. Clarice Maria Dall’Agnol [(51)9919-2627, clarice@adufrgs.ufrgs.br].

O benefício potencial é a contribuição dos participantes para este estudo com relação ao conhecimento do grau de proatividade dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário público. Quanto aos riscos, considera-se eventual desconforto pelo tempo a ser despendido para preencher o questionário.

Os questionários serão guardados pelo período de cinco anos, a partir da publicação dos resultados, ficando em posse da pesquisadora responsável em ambiente seguro na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após esse período, os dados armazenados serão descartados. Garante-se o caráter confidencial das informações do questionário, bem como a preservação de seu anonimato na divulgação dos dados de pesquisa. Além disso, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e acadêmicos de acordo com os objetivos deste projeto de pesquisa.

A pesquisa é isenta de vinculações hierárquicas ou administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício, portanto, não lhe trará nenhum prejuízo profissional. Ratifica-se que a participação é voluntária, não envolvendo ônus nem remuneração, sendo assegurada a livre continuidade ou desistência do estudo em qualquer momento da coleta de dados, sem que esta decisão incorra em danos.

Estamos à disposição para esclarecimentos que forem necessários por meio do telefone, bem como informações sobre o projeto de tese também podem ser esclarecidas/solicitadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo telefone

(51)3308-3738. Uma via deste Termo é destinada ao participante e outra à pesquisadora, após as respectivas assinaturas.

Pesquisadora responsável

Doutoranda

De acordo, Pelotas, ___/___/2015.

Assinatura: _____

Nome do participante: _____

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Focal)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO FOCAL)

Prezado(a) Participante,

Convidamos você para participar, como voluntário, do Grupo Focal relativo à pesquisa “Equipes Proativas na Enfermagem”, que tem por objetivo analisar a proatividade das equipes de enfermagem num hospital universitário público. A equipe do projeto é constituída pela doutoranda Adrize Rutz Porto [(53)91614069, adrizeporto@gmail.com] sob orientação da Profa. Clarice Maria Dall’Agnol [(51)9919-2627, clarice@adufrgs.ufrgs.br].

A coleta de dados ocorrerá em três encontros quinzenais de grupos focais, cada um com duração de 1h30min. E, com o intuito de viabilizar a sua participação, os encontros serão realizados em uma sala dos recursos humanos no próprio hospital, previamente agendada, para proporcionar conforto e privacidade, além de permitir a disposição das cadeiras dos participantes em círculo, de maneira que todos se encontrem no campo de visão entre si.

A equipe de coordenação dos encontros de grupo focal contará com a presença da pesquisadora doutoranda e de um observador não participante. Privilegia-se o caráter confidencial das informações que surgirem no grupo, bem como a preservação de seu anonimato na divulgação dos dados de pesquisa. Destaca-se que no relatório de pesquisa somente constarão informações devidamente validadas por você. Além disso, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e acadêmicos de acordo com os objetivos deste projeto de pesquisa.

O benefício potencial da participação de integrantes da equipe de enfermagem, para este estudo, é de contribuir com reflexões acerca de experiências relacionadas à proatividade no ambiente laboral, além de mobilizar e impulsionar ações propositivas no trabalho. A pesquisa é isenta de vinculações hierárquicas ou administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício, portanto, não lhe trará nenhum prejuízo profissional. Apenas, poderá haver eventual desconforto em decorrência dos embates de ideias durante os debates. Se isto ocorrer, a moderadora do grupo focal estará preparada para o manejo de situações que possam surgir.

Ratifica-se que a participação é voluntária, sem envolver remuneração, sendo assegurada a livre continuidade ou desistência do estudo em qualquer momento da coleta de dados, sem que esta decisão incorra em danos. Haverá gravação em áudio, a qual será

inutilizada após a conclusão da pesquisa, guardando-se as transcrições literais armazenadas pela pesquisadora responsável em formato eletrônico, em ambiente seguro na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo período de cinco anos, a partir da publicação dos resultados. Será solicitada anuência para a gravação em áudio das sessões grupais, para posterior transcrição literal e análise das informações.

Estamos à disposição para esclarecimentos que forem necessários por meio do telefone, bem como informações sobre o projeto também podem ser esclarecidas/solicitadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo telefone (51)3308-3738. Uma via deste Termo é destinada ao participante e outra ao pesquisador, após as respectivas assinaturas.

Pesquisadora responsável

Pesquisadora Doutoranda

De acordo, Pelotas, ___/___/2015.

Assinatura: _____

Nome do participante: _____

ANEXO A – Questionário

QUESTIONÁRIO

A) DADOS SOCIOPROFISSIONAIS		
A.1 Sexo: (1) masculino (2) feminino	SEXO	
A.2 Data de nascimento: ____/____/____	NASC	
A.3 Escolaridade (em anos de estudo completos): _____	ESCOL	
A.4 Situação conjugal: (1)Solteiro, viúvo ou sem companheiro (2)Casado ou com companheiro	SITCONJ	
A.5 Número de filhos: _____	FILHO	
A.6 Quantos anos de experiência na área da saúde (em anos)? _____	ANOEXP	
A.7 Data de admissão nesta instituição: ____/____/____	ADM	
A.8 Função: (1)Enfermeiro(a) (2)Técnico(a)/auxiliar de enfermagem	FUNCAO	
A.9 Trabalha em outra instituição: (1) sim (2) não	TRABOUT	
A.10 Qual seu turno de trabalho: (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite	TURNO	
A.11A sua equipe de enfermagem é formada por quantas pessoas: _____	EQUIPE	
A.12 Qual a natureza da sua contratação: (1) Fundação de Apoio Universitário (FAU)/CLT (2) Regime Jurídico Único	CONTRAT	
A.13 Qual o setor/unidade de internação do hospital que você atua? _____	SETOR	
A. 14 Qual o seu nível de escolaridade: (1) Graduação completa (2) Graduação incompleta (3) Especialização completa (4) Especialização incompleta (5) Residência completa (6) Residência incompleta (7) Mestrado completo (8) Mestrado incompleto (9) Doutorado completo (10) Doutorado incompleto	NIVELESC	

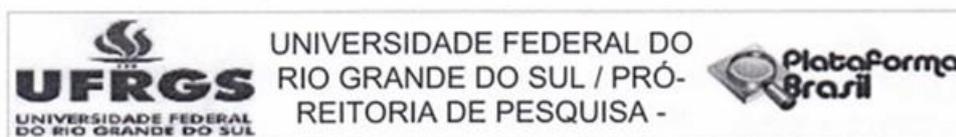
Responda na escala à direita com que frequência você faz cada uma das ações a seguir. Por favor, não deixe nenhum item em branco.		Resposta				
Itens elaborados pela pesquisadora com base na literatura		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
A.15	Há compartilhamento nas decisões tomadas no meu trabalho.					
A.16	Há comunicação colaborativa no meu trabalho.					
A.17	Há liderança compartilhada no meu trabalho.					

A.18	Há engajamento da minha equipe no meu trabalho.					
A.19	Há interação positiva na minha equipe de trabalho.					
A.20	Sinto-me satisfeito no meu trabalho.					
A.21	Sinto-me com estresse no trabalho.					
A.22	Sinto-me com sobrecarga de trabalho.					
A.23	O atendimento aos pacientes é qualificado.					

B) ESCALA REDUZIDA DE COMPORTAMENTOS PROATIVOS NAS ORGANIZAÇÕES										
O presente questionário pontua comportamentos que podem ser apresentados por trabalhadores dentro de uma organização. Responda na escala à direita com que frequência você faz cada uma das ações a seguir. Por favor, não deixe nenhum item em branco.						Resposta				
Itens						Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	Participo ativamente da empresa, analisando as melhores práticas para o trabalho									
2	Ao planejar a implementação de melhorias no trabalho, penso em como ajudar os meus pares a se adaptarem às novas práticas									
3	Busco conhecimento prévio para planejar e implementar ações de melhorias									
4	Coloco minhas ideias de melhorias em prática									
5	Crio oportunidades para agir de forma a melhorar esta organização									
6	Dou novas sugestões para melhorar esta organização									
7	Efetuo mudanças visando à melhoria da organização									
8	Busco aprender novos conhecimentos que trarão benefícios futuros para a organização									
9	Melhero os sistemas e práticas organizacionais									
10	Não espero respostas prontas, busco ativamente por alternativas									
11	Observo a rotina do meu setor de trabalho e penso em como poderia melhorá-la									
12	Se percebo que os sistemas ou práticas organizacionais podem ser melhoradas, <u>coloco em prática</u> novas ideias que tragam melhorias para a empresa									
13	Se percebo que os sistemas ou práticas organizacionais podem ser melhoradas, <u>sugiro</u> novas ideias que tragam melhorias para a empresa									

Fonte: Veiga, 2010.

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EQUIPES PROATIVAS NA ENFERMAGEM

Pesquisador: Clarice Maria Dall'Agnol

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43407015.2.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.016.225

Data da Relatoria: 09/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de tese de da doutoranda. ADRIZE RUTZ PORTO do PPGENF da Escola de Enfermagem UFRGS. Estudo misto, com estratégia explanatório sequencial, constituído por uma etapa quantitativa e outro qualitativa. Contexto: Hospital Escola, em Pelotas/RS, vinculado à Universidade Federal de Pelotas. O estudo tem como foco a proatividade dos trabalhadores de enfermagem num hospital universitário público discute as "exigências do mundo contemporâneo implicam na necessidade de ampliação da oferta e da qualidade nos serviços de saúde.

Participantes são membros da equipe de enfermagem - enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do Hospital Escola, totalizando 396 participantes.

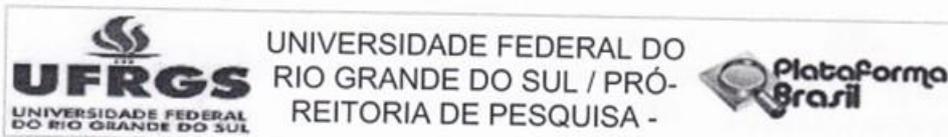
Na 1ª etapa da coleta de dados (QUESTIONÁRIOS), prevê-se a participação de todos os membros da equipe de enfermagem do Hospital Escola (previsão 396 profissionais)

Na 2ª etapa (GRUPO FOCAL), prevê-se 14 participantes que atuam nas unidades de internação hospitalar do Hospital Escola.

Critério de Inclusão:

- Primeira etapa, compreende estar ativo no vínculo empregatício;

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.016.225

- Segunda etapa, serão incluídos 14 profissionais (sete enfermeiros e sete técnicos ou auxiliares de enfermagem) que tenham participado da primeira etapa e tenham interesse em discutir a temática.

Coleta informações:

- Primeira etapa será aplicado o questionário aos 396 profissionais, inclui "a versão reduzida da Escala de Comportamentos Proativos nas Organizações para medir a autopercepção de comportamento proativo dos trabalhadores de enfermagem do hospital";

- Segunda etapa serão convidados 14 trabalhadores de enfermagem que atuam nas unidades de internação hospitalar para participar das discussões sobre a proatividade por meio da técnica de grupo focal. Está previsto três encontros de grupo focal

Aspectos Éticos foram contemplados conforme previsto na Resolução CNS-466/12 sobre pesquisas com seres humanos. Pesquisadores apresentaram dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido um para a primeira e outro para a segunda etapa da pesquisa.

Critério de Inclusão: - Na primeira etapa, compreende estar ativo no vínculo empregatício com o hospital, campo da pesquisa. - Na segunda etapa, serão incluídos 14 profissionais (sete enfermeiros e sete técnicos ou auxiliares de enfermagem) que tenham participado da primeira etapa de coleta de dados.

Critério de Exclusão: Profissionais que estiverem em afastamento do trabalho por período prolongado durante o desenvolvimento da coleta de dados.

Análise de Dados/Informações: - Na Primeira Etapa(Questionários) será utilizado a Estatística Descritiva e Inferencial minuciosamente descrita. Na Segunda Etapa(GRUPO FOCAL)será empregado Análise de conteúdo do tipo temática proposta por Minayo (2010).

Objetivo da Pesquisa:

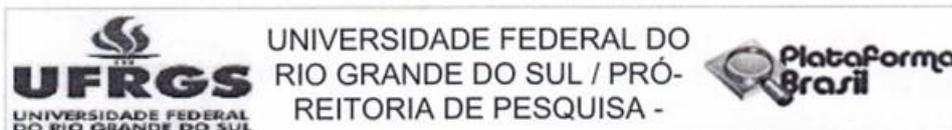
Objetivo Primário:

Analisar a proatividade de trabalhadores de enfermagem num hospital universitário público.

Objetivo Secundário:

- Identificar o grau de proatividade dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário por meio da Escala de Comportamentos Proativos nas Organizações;

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farrroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.016.225

- Descrever as características socioprofissionais dos trabalhadores de enfermagem;
- Identificar fatores socioprofissionais intervenientes na proatividade dos trabalhadores de enfermagem;
- Discutir acerca de potencialidades e fragilidades da equipe de enfermagem para a atuação proativa nas questões que perpassam o contexto de trabalho;
- Construir estratégias com os trabalhadores de enfermagem para desenvolver equipes proativas no trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores destacam como riscos para os participantes "eventual desconforto, gerado pelo tempo a ser despendido nas respostas ao questionário e pelo embate de ideias nas discussões do grupo focal". Como benefício potencial da participação "contribuir com reflexões acerca de experiências relacionadas à proatividade no ambiente laboral, além de mobilizar e impulsionar ações propositivas no trabalho em razão da metodologia participativa".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de temática relevante em termos de contribuições científica, metodologia coerente com os pressupostos do estudo, os procedimentos metodológicos estão claramente descritos nas duas etapas da pesquisa, os instrumentos utilizados para a coleta de dados/informações são apropriados aos objetivos/questões do estudo. As questões éticas referentes a pesquisas envolvendo seres humanos estão de acordo com a Resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadores apresentaram dois TCLE (para participação questionário e grupo focal) contendo todas as informações referentes a pesquisa, riscos e benefícios;

Instrumentos de coleta de dados: questionário e guia de temas do grupo focal;

Folder de divulgação da pesquisa com convite. Sugestão acrescentar telefone ou endereço para contato.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação

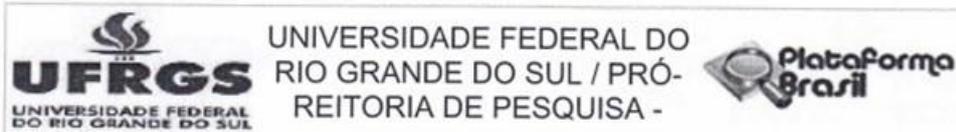
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.016.225

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

PORTO ALEGRE, 09 de Abril de 2015

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br

ANEXO C – Autorização da autora para aplicação do instrumento ECPO_R



Heila Magali da Silva Veiga <heila.veiga@gmail.com>

23/12/14

para mim

Prezada Adrize,

Boa tarde!

A escala de pró-atividade é composta por 13 itens, no que diz respeito aos dados demográficos e profissionais você pode utilizar aqueles que for precisar em sua tese.

A escala é unidimensional e para respondê-la é usada escala de resposta do tipo likert. Encaminho a escala abaixo para você usar na sua tese, solicito apenas que me envie os dados da Escala de Comportamento Pró-ativo - Versão Reduzida porque estou juntando todos os dados de aplicação da mesma. Você pode me enviar os dados aplicados?

O artigo da validação para colocar nas referências segue em anexo.

Espero ter colaborado.

Desejo sucesso em seu trabalho.

Abs,

Heila

Escala de Comportamentos Pró-ativos nas Organizações - ECPO

Este questionário traz uma lista de comportamentos que podem ser apresentados por trabalhadores dentro de uma organização. Sua tarefa é dizer com que frequência você faz cada uma das ações listadas abaixo. Você deve responder utilizando a escala abaixo. Por favor, não deixe nenhum item em branco.

	1	2	3	4	5
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Participo ativamente da empresa analisando as melhores práticas para o trabalho.	1	2	3	4	5
2. Ao planejar a implementação de melhorias no trabalho, penso em como ajudar os meus pares a se adaptarem às novas práticas.	1	2	3	4	5
3. Busco conhecimento prévio para planejar e implementar ações de melhorias.	1	2	3	4	5
4. Coloco minhas idéias de melhorias em prática.	1	2	3	4	5
5. Crio oportunidades para agir de forma a melhorar esta organização.	1	2	3	4	5
6. Dou novas sugestões para melhorar esta organização.	1	2	3	4	5
7. Efetuo mudanças visando a melhoria da organização.	1	2	3	4	5
8. Busco aprender novos conhecimentos que trarão benefícios futuros para a organização.	1	2	3	4	5
9. Melhoro os sistemas e práticas organizacionais.	1	2	3	4	5
10. Não espero respostas prontas, busco ativamente por alternativas.	1	2	3	4	5
11. Observo a rotina do meu setor de trabalho e penso em como poderia melhorá-la.	1	2	3	4	5
12. Se percebo que os sistemas ou práticas organizacionais podem ser melhorados coloco em prática novas idéias que tragam melhorias para a empresa.	1	2	3	4	5
13. Se percebo que os sistemas ou práticas organizacionais podem ser melhorados sugiro novas idéias que tragam melhorias para a empresa.	1	2	3	4	5

Cordialmente,
 Heila Magali da Silva Veiga
 Professora Adjunta Universidade Federal de Uberlândia
 Currículo Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4790330H9>
 Endereço: Avenida Pará, 1720, Bloco 2C - Sala 27 - Campus Umuarama - UFU
 Uberlândia - MG - CEP: 38400-902
 Telefone: (34) 9804-9343 (TIM)

xxxx

