

FACULDADE NOVOS HORIZONTES
Programa de Pós-graduação em Administração
Mestrado

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS:
um estudo comparativo entre dois hospitais de Belo
Horizonte (MG)**

Aline Borges Moreira

Belo Horizonte
2012

Aline Borges Moreira

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS:
um estudo comparativo entre dois hospitais de Belo
Horizonte (MG)**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Prof^a Dr^a Kely César Martins de Paiva

Linha de Pesquisa: Relações de poder e dinâmica das organizações

Área de Concentração: Organização e Estratégia

Belo Horizonte

2012

Ata da defesa

Declaração do revisor de português

Dedico ao meu noivo e ao meu avô, meus amores e incentivadores...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, sempre... só tenho a agradecer pelas bênçãos, por mais esta vitória, por ainda ter o meu avô.

Ao meu eterno amor, meu avô Mel, por sempre me ensinar valores importantes e pelas sábias palavras, que sempre teve e as mantém, aos 92 anos: “tem que estudar minha filha, tem que estudar mesmo...”. E que sempre entendeu meus momentos de ausência e cansaço, sempre me deu forças, seu colo e o seu “cantinho”, quando não tinha ânimo para levantar.

Ao meu noivo, Rafa, pelo amor incondicional, carinho, respeito, conselhos... Sempre entendeu minhas ausências, mesmo nos domingos de sol e nas noites chuvosas.

Aos meus pais, tios, irmão, primas, pelo apoio e carinho.

À minha orientadora, prof^a. Kely Paiva, pelos ensinamentos que nunca irei esquecer. Foi um crescimento inenarrável e um prazer. Obrigada!

Ao professor Fernando Coutinho, um doce de pessoa, que mudou minha visão de mundo e meu modo de agir... minha família e noivo agradecem.

À professora Marlene Melo, que, em Seminários, deu um show de competência e educação. Contribuiu muito para o meu crescimento profissional, seu saber encanta. Obrigada.

À professora Talita Luz, pela doçura de ensinar, pelo conhecimento sobre gestão de competências que me foi passado. Foi uma das melhores aulas que já tive.

Aos colegas do curso do mestrado, pelo bom humor da turma, pelas contribuições ao longo deste tempo, e às amigas Sabrina, Érika, Tianinha e Jaque, foi um enorme prazer.

Ao amigo Fábio Rogério, pelo empurrão tão valioso.

A todos da FNH, o pessoal da biblioteca, da secretaria, é um local ótimo de se estudar.

Agradeço ao Grupo Santa Casa, por possibilitar esta pesquisa e aos enfermeiros, pela contribuição e tempo cedido.

A todos que participaram desta caminhada e de alguma forma torceram por mim.

Agradeço à Fapemig, pelo apoio recebido.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar como se encontram configuradas e são geridas as competências profissionais de enfermeiros, em dois hospitais de um mesmo grupo situados em Belo Horizonte, pautando-se no modelo de Paiva (2007). Para tanto, os temas abordados no referencial teórico foram: “Competências Profissionais”, “Gestão de competências” e “A atuação do enfermeiro e suas competências”. Deu-se ênfase ao modelo de competência profissional proposto por Paiva (2007), já que foi o parâmetro analítico adotado para fins desta pesquisa. Foi realizada uma pesquisa descritiva com abordagem essencialmente qualitativa nos moldes de um estudo de caso. As unidades de análise foram os dois hospitais de um mesmo grupo (H1 e H2), situados em Belo Horizonte, mas com características assistenciais diferentes. Os sujeitos de pesquisa foram os enfermeiros desses hospitais, os quais foram escolhidos pelo critério de acessibilidade, num total de vinte e seis entrevistados. A coleta de dados foi realizada através de entrevista com roteiro semiestruturado e com aplicação de técnica projetiva de associação de figuras. Para análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo. Conforme delibera a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) dos hospitais já mencionados, para aprovação, a qual se formalizou por meio do protocolo nº 005/2011. A apresentação e análise dos dados foi organizada em três tópicos, sendo o primeiro a caracterização dos entrevistados. No segundo, procedeu-se à configuração das competências profissionais de enfermeiros, as quais são pautadas em todas as componentes do modelo analítico adotado, tendo a cognitiva o maior destaque. Note-se que as competências observadas no cotidiano dos próprios enfermeiros são semelhantes às que estes relataram que acham importantes em um profissional. No terceiro tópico, analisou-se como são geridas as competências profissionais desses enfermeiros, destacando-se a centralidade do profissional nesse processo e o pequeno investimento nos enfermeiros de ambos os hospitais. A técnica projetiva revelou, dentre outras questões, que os plantonistas da noite são os menos privilegiados no que tange às contribuições dos hospitais nesse processo de gestão. Segundo os entrevistados, o curso de graduação contribuiu periféricamente para o desenvolvimento de suas competências, centrando-se na componente cognitiva. Quanto às instituições coletivas, a representatividade no processo de gestão de competências é quase inexistente. Ao final, foram apontadas contribuições, limitações do estudo e sugestões, como estender a pesquisa para os outros membros da equipe de enfermagem, da equipe multidisciplinar e a outros hospitais.

Palavras-chave: Competências profissionais, gestão de competências, enfermeiro.

ABSTRACT

This study aimed to analyze how the professional competences of nurses, in two hospitals from a same group located in Belo Horizonte, are configured and managed, being guided by the model of Paiva (2007). To this end, the addressed topics in the theoretical reference were: "Professional competences", "Management of Competences" and "The nurses performance and their competences". The Professional competences model proposed by Paiva (2007) was emphasized in this study, because it was the analytical parameter adopted for this research. A descriptive research with an essential qualitative approach was conducted, based in the manner of a case study. The units of analysis were two hospitals from the same group (H1 and H2), located in Belo Horizonte, but with different assistance characteristics. And the research subjects were these hospitals' nurses, which were chosen by the criterion of accessibility, in a group of twenty-six interviewees. Data collection was carried out through a semi-structured interview script and a projective method of associating pictures. For data analysis, the Content Analysis methodology was used. According to Resolution No. 196/96 from the National Health Council, the research was submitted to the mentioned hospital's Ethics and Research Committee (ERC), for approval, which was formalized by Protocol No. 005/2011. The data presentation and analysis was organized into three topics. The first one was the characterization of the interviewees. On the second topic, the professional competence of nurses configuration was conducted. These professional competences are based on all components of the analytical model adopted, using the cognitive one with a greater emphasis. It is noted that the competences which were observed in the nurses routine are similar to those reported about what competences they consider important in a professional. On the third topic, the professional competences management of these nurses was analysed, giving more attention to the centrality of the professional in this process and the little investment in nurses from both hospitals. The projective technique revealed, among other issues, that the people who work on night duties are the less privileged concerning the hospitals contributions to the management process. According to the interviewees, the graduate course helped marginally to the development of their competences, focusing on the cognitive component. As for the collective institutions, the representation in the process of competences management is practically nonexistent. In the end, contributions, study limitations and suggestions have been identified, how to extend the research to other members of the nursing team, the multidisciplinary team and other hospitals.

Key-words: Professional competences, management of competences, nurse.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Competência Profissional adaptado por Paiva (2007).....	26
Figura 2 – Profissionais no café	69
Figura 3 – Equipe multiprofissional e paciente	70
Figura 4 – Profissional e paciente	79
Figura 5 – Um profissional no corredor	81
Figura 6 – Profissionais em movimento	83
Figura 7 – Equipe 1 discutindo	92
Figura 8 – Equipe 2 discutindo	92
Figura 9 – Atendimento	111
Figura 10 – Emergência e urgência	116
Figura 11 – Uma profissional no corredor	117
Figura 12 – Profissional e sofrimento	118
Figura 13 - Profissionais refletindo	119

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por faixa etária	54
Gráfico 2 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por faixa etária	54
Gráfico 3 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por estado civil	55
Gráfico 4 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por estado civil	55
Gráfico 5 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por escolaridade	56
Gráfico 6 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por escolaridade	56
Gráfico 7 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por tempo de formado	57
Gráfico 8 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por tempo de formado	57
Gráfico 9 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por tempo de trabalho no hospital	58
Gráfico 10 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por tempo de trabalho no hospital	58
Gráfico 11 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por tempo de atuação no cargo no hospital	59
Gráfico 12 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por tempo de atuação no cargo no hospital	59
Gráfico 13 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por tempo de experiência total na função	60
Gráfico 14 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por tempo de experiência total na função	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Competências do Profissional	23
Quadro 2 – Síntese das competências profissionais de enfermeiros	40
Quadro 3 – Competências profissionais de enfermeiros e o Modelo de Paiva (2007)	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Total de Leitos e funcionários do Grupo Santa Casa	50
Tabela 2 – Hospital Central - Emygdio Germano	50
Tabela 3 – Hospital Central - Emygdio Germano (SUS)	50
Tabela 4 – Complexo Hospitalar São Lucas	50
Tabela 5 – Profissional competente, por hospital e total, na percepção dos entrevistados	62
Tabela 6 – Profissional competente na área da saúde, por hospital e total, na percepção dos entrevistados	64
Tabela 7 –Relacionamento entre os enfermeiros, por hospital e total, na percepção dos entrevistados	66
Tabela 8 – Relacionamento com os colegas de setor, por hospital e total, na percepção dos entrevistados	68
Tabela 9 – Relacionamento com os superiores, por hospital e total, na percepção dos entrevistados	72
Tabela 10 – Relacionamento com os auxiliares/técnicos em enfermagem, por hospital e total, na percepção dos entrevistados	74
Tabela 11 – Relacionamento com os pacientes/familiares, por hospital e total, na percepção dos entrevistados	77
Tabela 12 – Enfermeiro competente de forma geral, por hospital e total, na percepção dos entrevistados, e as componentes correlatas	85
Tabela 13 – Enfermeiro competente no Hospital 1 e no Hospital 2, por hospital e total, na percepção dos entrevistados, e as componentes correlatas	87
Tabela 14 – Forma de contribuição do Hospital 1 e do Hospital 2 para o processo de desenvolvimento dos enfermeiros, por hospital e total, na percepção dos entrevistados	89
Tabela 15 – Avaliação do curso de graduação para formação dos enfermeiros, por hospital e total, na percepção dos entrevistados	94
Tabela 16 – Forma de contribuição do curso de graduação para o processo de formação e desenvolvimento de competências dos enfermeiros, na percepção de enfermeiros, e as componentes correlatas do modelo de Paiva (2007)	97

TAB. 17 – Contribuições das instituições coletivas para o desenvolvimento dos enfermeiros, por hospital e total, na percepção dos entrevistados	100
Tabela 18 – Profissionais que contribuem para a efetividade do trabalho dos enfermeiros X competências, por hospital e total, na percepção dos entrevistados	104
Tabela 19 – Competências dos profissionais que contribuem para a efetividade do trabalho dos enfermeiros, por hospital e total, na percepção dos entrevistados, e as componentes correlatas do modelo de Paiva (2007)	105
Tabela 20 – Percepção da equipe do H1 e do H2 sobre o trabalho do enfermeiro, por hospital e total, na percepção dos entrevistados	108
Tabela 21 – Dificuldades que os enfermeiros enfrentam no processo de formação e desenvolvimento de suas competências, por hospital e total, na percepção dos entrevistados	113

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivos	17
1.2 Justificativa	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Competências Profissionais	20
2.2 Gestão de Competências	26
2.3 Histórico dos hospitais e da enfermagem	30
2.4 Atuação do enfermeiro e suas competências	36
3 METODOLOGIA	43
3.1 Caracterização da Pesquisa	43
3.2 Unidades de Análise e Sujeitos	44
3.3 Técnica de coleta de dados	45
3.4 Técnica de análise de dados	47
3.5 Aspectos éticos envolvidos na pesquisa	48
3.6 Os hospitais abordados	48
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	53
4.1 Caracterização dos entrevistados	53
4.2 As competências profissionais, segundo os enfermeiros entrevistados ..	61
4.3 A gestão de competências, segundo os enfermeiros entrevistados	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICES	133
APÊNDICE A–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	133
APÊNDICE B–Formulário de identificação e roteiro de entrevista	134

1 INTRODUÇÃO

As transformações organizacionais e sociais têm apresentado impactos no trabalho e nas relações entre os indivíduos envolvidos nos processos produtivos dos diversos setores da economia (BRITO, 2004). Em conformidade, Cunha e Ximenes Neto (2006) afirmam que, neste início de milênio, o mundo tem passado por muitas transformações, mudando paradigmas e exigindo das pessoas e, principalmente, das organizações, novas posturas (CUNHA; XIMENES NETO, 2006). Nesse cenário, as organizações de saúde não são exceção: elas vivem uma crise econômica, gerando, assim, uma demanda importante por uma gestão eficiente, que administre a escassez de recursos (MARTINS *et al.*, 2006).

Os hospitais que, frequentemente, procuram adequar-se aos novos modelos advindos da indústria têm buscado incorporar as novas tendências, como novas ferramentas gerenciais, que seriam a gestão do conhecimento, da informação e das competências, modificando a visualização dessa administração antes tomada por modelos empíricos e pouco profissionalizados (CUNHA; XIMENES NETO, 2006).

Em conformidade ao exposto, Brito (2004) afirma que os hospitais no Brasil têm passado por mudanças significativas, independentemente da classificação e da lógica de prestação dos serviços destes, e que essas mudanças têm se intensificado nos últimos anos devido às pressões financeiras e à necessidade de estruturação adequada à complexidade dos recursos organizacionais.

A prestação de serviço hospitalar está diretamente relacionada ao Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a Constituição Federal, este possui como princípios doutrinários a equidade, a universalização e a integralidade e, como diretrizes, uma rede regionalizada e hierarquizada, a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A prestação de atendimento hospitalar é realizada por hospitais públicos, privados e filantrópicos (BRITO, 2004). Em Belo Horizonte, essa rede de atendimento hospitalar

está dividida segundo os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), e a rede hospitalar inclui Hospital Dia, Hospital Especializado e Hospital Geral. Sendo assim, de acordo com o DATASUS, 15% do total de hospitais em Belo Horizonte são públicos, sendo 73% de prestador privado e 12% de prestador filantrópico (BRASIL, 2011).

Essa realidade reflete a importância da rede privada e filantrópica hospitalar para o município citado, constituindo 85% da rede hospitalar. Segundo Brito (2004), os hospitais filantrópicos e privados são contratados pelo SUS para realizarem atendimento complementar para a parcela da população que exceder a capacidade de atendimento da rede pública. A importância desses dois prestadores no âmbito hospitalar é indiscutível, visto que há uma insuficiência da capacidade de atendimento da demanda por parte da rede pública (BRITO, 2004).

Cunha e Ximenes Neto (2006) afirmam que, no contexto de mudanças constantes, o perfil exigido das pessoas sofreu alterações, uma vez que as empresas necessitam de trabalhadores que possam responder com rapidez a elas. Em conformidade com o exposto, Montenegro (2010) afirma que algumas questões, como novos desafios sociais, culturais e políticos, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas, têm imposto aos trabalhadores da saúde mudanças na prática assistencial.

Munari e Bezerra (2004) salientam que a reflexão sobre competências necessárias nas práticas profissionais tem importância estratégica, devido ao processo acelerado de mudanças nos vários segmentos, decorrentes de grandes avanços tecnológicos e científicos integrados na globalização.

A adoção do modelo de competências no mundo do trabalho tem como objetivos: adequar a formação da força de trabalho às novas exigências do sistema produtivo; possibilitar uma maior flexibilização do mercado de trabalho pela noção de empregabilidade e unificar o sistema de qualificação profissional, tornando possível a disponibilidade e a mobilidade dos trabalhadores (BRASIL, 2001a).

De acordo com a lei do exercício profissional da enfermagem, Lei 7.498 de 1986, no Art. 2:

A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício. **Parágrafo único** - A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem (...), respeitados os respectivos graus de habilitação (BRASIL, 1986, p. 1).

No ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem assume um papel de destaque, uma vez que constitui o maior percentual do quadro de profissionais dessas instituições (CUNHA; XIMENES NETO, 2006). As autoras afirmam também que, dentre as tarefas destinadas aos enfermeiros para a prestação da assistência, estão as diretamente relacionadas com sua atuação junto ao cliente, como também a liderança da equipe de Enfermagem e o gerenciamento dos recursos materiais, físicos, humanos, políticos, financeiros e de informação.

Backes *et al.* (2008, p. 319) realizam uma reflexão sobre a atuação do enfermeiro no hospital:

Pensar no hospital enquanto unidade de um sistema de cuidados é apontar para a auto-organização desse sistema, considerando aspectos como a autonomia, a individualidade, as relações e as atitudes, considerados fundamentais para a atuação do enfermeiro nos diferentes espaços da saúde.

Desse modo, a importância do enfermeiro ser competente profissionalmente se baseia nas atividades realizadas por este no âmbito hospitalar, cada vez mais pressionado e exigente com seus profissionais, na responsabilidade que este tem com a sua equipe de enfermagem, com a equipe multidisciplinar e principalmente com o indivíduo (família e coletividade) a quem esse profissional presta cuidados e os gerencia. No entanto, são várias as dificuldades envolvidas na formação e no desenvolvimento de suas competências profissionais.

Nesse contexto que retrata a dimensão dos hospitais para a saúde e a importância dos profissionais de enfermagem nesse serviço, a pergunta que norteia esta dissertação é: **como se encontram configuradas e são geridas as competências**

profissionais de enfermeiros em dois hospitais de um mesmo grupo situados em Belo Horizonte?

Para responder a essa pergunta, foi utilizado o modelo de Paiva (2007), no qual o núcleo é constituído por cinco componentes centrais, a componente cognitiva, que está relacionada ao conhecimento formal, base de profissão; a componente funcional, às funções específicas da profissão; a componente comportamental/funcional, compreende o social/vocacional; a componente ética, relaciona-se ao pessoal, com aderência à lei e aos códigos morais; e a componente política, refere-se às habilidades pessoal, profissional, organizacional e social. Dessa forma, foram traçados os objetivos que se seguem.

1.1 Objetivos

A pesquisa desta dissertação teve como objetivo geral analisar como se encontram configuradas e são geridas as competências profissionais de enfermeiros em dois hospitais de um mesmo grupo situados em Belo Horizonte, pautando-se no modelo de Paiva (2007).

Os objetivos específicos foram analisar:

- a) como se encontram configuradas as competências profissionais de tais enfermeiros, na perspectiva deles próprios;
- b) como são geridas as competências profissionais desses enfermeiros, na mesma perspectiva.

1.2 Justificativa

No ambiente hospitalar, os profissionais de enfermagem se revezam em grupos, 24 horas por dia, durante todo o ano, sem interromper as atividades. Nessa perspectiva, Santos (2004) pontua que o enfermeiro está sempre em contato com o outro que vivencia uma situação de saúde-doença, uma situação em que esse outro necessita de ajuda, em que o cuidar profissional se faz necessário. A mesma autora enfatiza que esse cuidar exige do profissional competência não somente técnica, mas também de natureza ética, estética e política. Tais competências se sobrepõem e se manifestam no momento em que ocorre o verdadeiro e efetivo cuidar em enfermagem, em todas as suas dimensões.

Devido às múltiplas pressões do ambiente hospitalar sobre os dirigentes e demais trabalhadores da saúde, todos empenhados em uma maior eficácia, é imprescindível que se assuma a importância das questões humanas, que exercem implicações no contexto organizacional (BRITO, 2004), como a competência profissional e sua gestão.

Na área da saúde, a noção de competência é fundamental quando se tem uma visão de qualidade que considera não só os aspectos técnico-instrumentais envolvidos na prática profissional, como também incluem a humanização do cuidado na perspectiva do cliente (BRASIL, 2001a). Diante disso, o enfermeiro, como promotor de saúde do indivíduo, da família e coletividade, tem um importante papel na qualidade da assistência a ser prestada e essa qualidade envolve um atendimento humanizado e resolutivo, ou seja, competente.

Reforçando a pertinência desse estudo, Brito (2004) afirma que a enfermagem é uma profissão marcada por características histórica e culturalmente construídas e vem assumindo novas frentes de trabalho no campo hospitalar. Além do exposto, este estudo se justifica pelas recomendações de pesquisas sobre o tema no contexto do ambiente hospitalar, do qual o enfermeiro faz parte (ALVES; BRITO, 1999; DIAS, 2009; MARTINS, 2010), principalmente relacionado a hospitais

filantrópicos e aos enfermeiros. Ele também vai ao encontro de recomendações para pesquisas futuras realizadas em outras investigações (PAIVA; MELO, 2008b).

Do ponto de vista pragmático, os dados levantados também podem contribuir para uma reflexão do enfermeiro sobre a sua prática diária e as políticas e práticas de gestão de pessoas dos hospitais abordados, já que esse tipo de organização abriga um contingente significativo desses profissionais.

Note-se, ainda, que esta dissertação integra a pesquisa “Competências profissionais e gestão de competências em profissões na área de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros em Minas Gerais”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, FAPEMIG. Trata-se, portanto, de uma investigação inserida em uma agenda mais ampla de pesquisa que vem sendo desenvolvida nos últimos anos.

Esta dissertação está estruturada em cinco capítulos, a saber: esta introdução; o referencial teórico que contempla os temas centrais (competências profissionais, gestão de competências, histórico dos hospitais e da enfermagem, atuação do enfermeiro e suas competências); a metodologia da pesquisa realizada; a apresentação e análise dos dados coletados; e as considerações finais. Seguem-se as referências consultadas e os apêndices.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este referencial teórico aprofundará na compreensão dos seguintes temas: as competências profissionais, a gestão de competências e o enfermeiro e suas competências. É essencial discutir tais abordagens, devido às características dos profissionais alvos deste estudo.

2.1 Competências Profissionais

O conceito de competência tem sido utilizado, muitas vezes, como sinônimo de qualificação (PAIVA, 2007), ou seja, como um potencial para a ação e não para o que é entregue de fato (DUTRA, 2004).

Sendo assim, faz-se necessário diferenciar os conceitos de qualificação e competência. O conceito de qualificação tem raízes na Economia e na Sociologia, e a noção de competência, na Educação e na Psicologia (VIEIRA; LUZ, 2005). De acordo com as autoras, a qualificação é associada inicialmente aos métodos de análise ocupacional, que visavam identificar as características do posto de trabalho. Dessa abordagem, surgiram os códigos das profissões, pressupostos para a construção da hierarquia organizacional e também para a classificação dos indivíduos no plano social.

Roche (2004) completa afirmando que a noção de qualificação é específica do indivíduo, quando este acumula aquisições da formação, sendo que neste momento se percebe um interesse maior no que as pessoas sabem do que no que elas fazem. Esse mesmo autor salienta que “para ser reconhecido competente, não basta apenas possuir saberes, é preciso mobilizar qualquer coisa a mais” (ROCHE, 2004, p. 39). Tomasi (2004) discorre que a qualificação tem uma noção construída com base no modelo Taylorista de organização do trabalho e apresenta interesses muito precisos, sem exigir formação crítica e politizada do trabalhador. Em conformidade

ao exposto, Dugué (2004) pontua que o sistema de qualificação é adaptado às organizações estáveis do tipo taylorista e tem pouca relação com as organizações mais flexíveis, sendo esse sistema classificado pelo autor como limitado, que se torna um obstáculo impedindo a adaptação da mão de obra às exigências do aparelho de produção.

A noção de competência, segundo Dadoy (2004), surge na esfera do trabalho na sociedade francesa em meados de 1980-1985. De acordo com a autora, “a noção de competência vem do latim *competentia*, derivada de *competere*, “chegar ao mesmo ponto”, oriunda de *petere*, “dirigir-se para”. Refere-se a “o que convém”, no francês antigo, significa “apropriado”” (DADOY, 2004, p. 108).

Barato (1998¹, citado por SANT’ANNA, 2008, p. 240) informa que há prevalência de duas correntes no estudo das competências profissionais: a inglesa, “que define competências tomando como referência o mercado de trabalho e enfatizando fatores ou aspectos ligados a descritores de desempenho requeridos pelas organizações”; e a perspectiva francesa, que vincula educação e trabalho, sendo as competências um resultado de processos organizados de aprendizagem. Esse autor destaca que não há unanimidade no que diz respeito ao conceito de competência, e sugere, como ponto comum, o entendimento de competência “como a capacidade pessoal de articular saberes com fazeres característicos de situações concretas de trabalho.”

Por outro lado, de acordo com Guimarães (2000), no tocante ao mundo do trabalho, podem-se identificar três correntes na literatura que tratam da abordagem da competência: a administração estratégica, a gestão de recursos humanos e a sociologia da educação e do trabalho. Na primeira a autora cita que para essa corrente, é considerada a gestão de competências essenciais como uma solução para os problemas organizacionais, e definiu a competência essencial como:

um conjunto de conhecimentos, habilidades, tecnologias, sistemas físicos, gerenciais e valores, difíceis de serem imitados pela concorrência e que geram valor distintivo percebido pelos clientes, e que, portanto conferem vantagem competitiva para a organização (GUIMARÃES, 2000, p.5).

¹ BARATO, J. N. *Competências essenciais e avaliação do ensino universitário*. Brasília: UNB, 1998.

Na gestão de recursos humanos, que é a segunda corrente, Guimarães (2000) utiliza o conceito de competência para integrar as ações de gestão de recursos humanos, através do uso de treinamento, processos de seleção, remuneração e avaliação. De acordo com o autor, nesta perspectiva, o conceito se baseia numa tríade que envolve conhecimentos, habilidades e atitudes (que são dimensões interdependentes), envolvendo não somente questões técnicas, mas também, aspectos afetivos e sociais relacionados ao trabalho. O autor afirma, ainda, que as competências são dinâmicas, por natureza, “o que é essencial hoje, pode não sê-lo amanhã e vice-versa” (GUIMARÃES, 2000, p. 7).

Na terceira corrente, sociologia da educação e do trabalho, Guimarães (2000) cita que esta trata dos aspectos psicossociais da utilização da abordagem da competência, em específico quanto aos seus efeitos nos programas educacionais, nos níveis de qualificação de emprego e da mão de obra. Zarifian (2001) salienta que a lógica da competência afeta extremamente a natureza das práticas de gestão de recursos humanos, modificando as bases e os termos das negociações nas empresas e das relações profissionais.

Numa tentativa de síntese, Paiva (2007, p. 37) afirma que a competência se refere à profissão (ou ocupação), ao indivíduo, aos resultados reais por ele conseguidos, à impossibilidade/dificuldade de transferência, a algo relativo, dinâmico, processual, ou seja, “a competência depende da maneira como ela é vista”.

Numa perspectiva abrangente, Fleury e Fleury (2001, p. 21) definem competência como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”. Tais saberes são descritos no QUADRO 1:

COMPETÊNCIA	SIGNIFICADOS
Saber agir	Saber o que e por que faz. Saber julgar, escolher, decidir.
Saber mobilizar recursos	Criar sinergia e mobilizar recursos e competências.
Saber comunicar	Compreender, trabalhar, transmitir informações, conhecimentos.
Saber aprender	Trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais; saber se desenvolver.
Saber se engajar e se comprometer	Saber empreender, assumir riscos. Comprometer-se.
Saber assumir responsabilidades	Ser responsável, assumindo os riscos e consequência de suas ações e sendo por isso reconhecido.
Ter visão estratégica	Conhecer e entender o negócio da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades, alternativas.

Quadro 1 – Competências do Profissional

Fonte: Fleury e Fleury, 2001, p. 21.

Para fins do estudo desenvolvido nesta dissertação, o conceito de competência profissional adotado foi o de Paiva (2007) que a compreende como uma:

Mobilização de forma particular pelo profissional na sua ação produtiva de um conjunto de saberes de naturezas diferenciadas (que formam as competências intelectual, técnico-funcionais, comportamentais, éticas e políticas) de maneira a gerar resultados reconhecidos individual (pessoal), coletiva (profissional) e socialmente (comunitário) (PAIVA, 2007, p. 45).

A autora propõe um modelo de competências, adaptado de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) que é pautado em cinco abordagens, a saber:

- a) a do prático reflexivo: com o foco no conhecimento tácito e na sua aplicação, em que a ferramenta-chave para o desenvolvimento e a prática profissional é a reflexão ;
- b) a do técnico-racional: com ênfase na teoria e no conhecimento acadêmico-profissional, como base para a prática;
- c) a da competência funcional: relaciona-se às tarefas a serem desempenhadas e habilidades funcionais, envolta com padrões funcionais;
- d) a da competência pessoal: tem como foco atributos pessoais para uma performance efetiva; e

- e) a da meta-competência: na qual têm relevância as competências que capacitam os indivíduos a controlar, desenvolver e mediar outras competências.

Nesse modelo, de acordo com Paiva (2007), são relevantes os aspectos processuais e dinâmicos, como os sociais, coletivos e individuais, que propiciam resultados em diversos níveis: macroresultados (da atividade profissional), microresultados (de atividades específicas) e resultados parciais (de uma atividade específica). O núcleo desse modelo adaptado é constituído por cinco componentes centrais, compostos por grupos de habilidades. Note-se que, em função do ambiente organizacional, a autora acrescentou a componente política ao modelo inicial de Chetham e Chivers (1996, 1998, 2000), a qual considera as relações de poder nas organizações e, como consequência, as formas de atuação do profissional na teia política intra e interorganizacional. Sendo assim, as componentes da competência profissional, segundo o modelo de Paiva (2007) são:

1. cognitiva/conhecimento: refere-se à competência técnica, teórica e especialista, relaciona-se ao conhecimento formal, base de profissão; conhecimento tácito/prático, refere-se à dificuldade de articular ou passar com a performance de funções particulares; ao conhecimento processural, direcionado às rotinas básicas - quando, como, o quê, quem etc.; ao conhecimento contextual, direcionado à organização, setor, geografia, base de clientes, etc.; e à aplicação de conhecimento, como habilidades de síntese, transferência e conceitualização;
2. funcional: específica da ocupação, relacionada às funções específicas da profissão; processual/organizacional/administrativa, com foco no planejamento, monitoramento, implementação, delegação, evolução, administração do tempo, etc.; mental, direcionada à capacidade de leitura e escrita, de operar com números, de diagnosticar, habilidades com tecnologia de informação, etc.; e física, relativa à coordenação, destreza manual, habilidades de digitação e outras;

3. comportamental ou pessoal: está relacionada ao social/vocacional através da autoconfiança, persistência, controle emocional e de estresse, habilidades de escuta e interpessoais, empatia, com foco na tarefa etc.; e também intrapessoal através da coletividade, conformidade com normas de comportamento profissional etc;
4. ética/valores: se relaciona ao pessoal, com aderência à lei e aos códigos morais ou religiosos, sensibilidade para necessidades e valores de terceiros, etc.; e ao profissional, com a adoção de atitudes apropriadas, adesão aos códigos profissionais de conduta, autorregulação, sensibilidade ambiental, foco no cliente, julgamento ético, reconhecimento dos limites da própria competência, atualizações diante da profissão, julgamentos dos colegas etc;
5. política: refere-se às habilidades pessoal, profissional, organizacional e social. Na habilidade pessoal, destaca-se a percepção acerca de jogos políticos inerentes às organizações, às pessoas individualmente e dos derivados dos interesses particulares do profissional etc. A habilidade profissional está relacionada à adoção de comportamentos apropriados à manutenção do profissionalismo, entre outras. A organizacional está direcionada às ações voltadas para o domínio ou fluência nas fontes estruturais e normativas de poder na organização onde se desenvolvem as ações produtivas etc. E a social se refere às ações relacionadas ao domínio ou fluência nas fontes pessoais, relacionais e efetivas de poder, entre outras.

Assim, as componentes pautam os comportamentos dos indivíduos, sendo que, em uma de suas ações, pode estar envolvida mais de uma componente. A FIG. 1 permite visualizar o referido modelo:

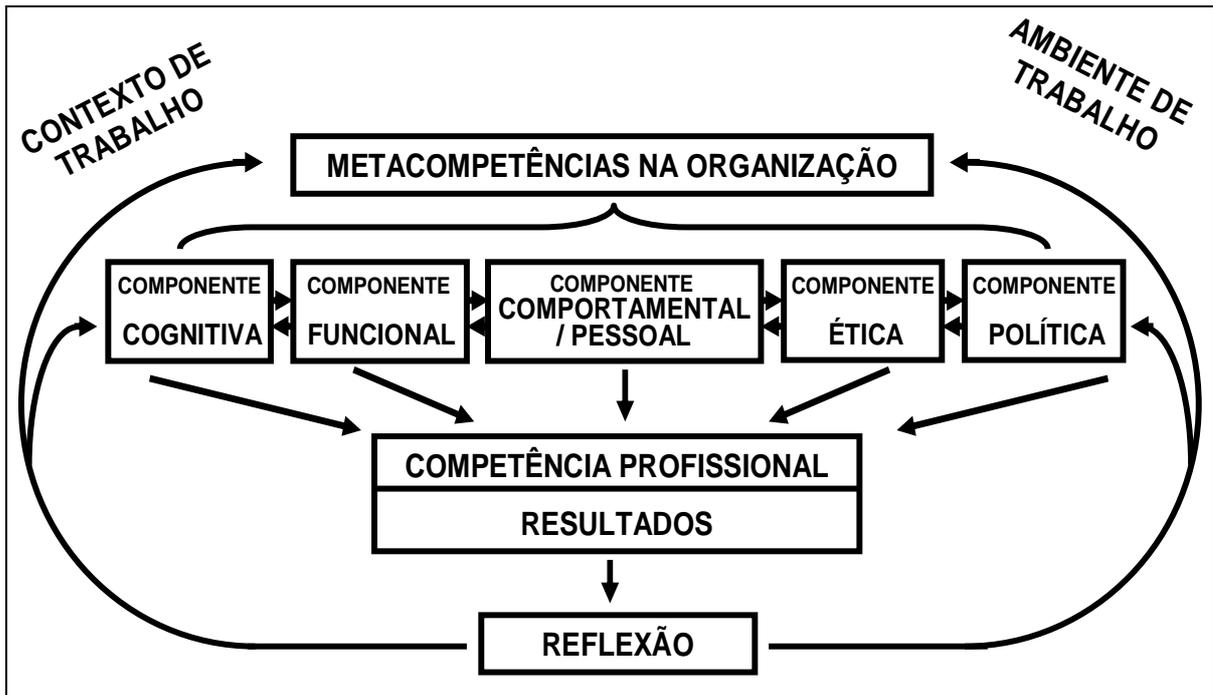


Figura 1 – Modelo de Competência Profissional adaptado por Paiva (2007)
 Fonte: Adaptado de PAIVA (2007, p. 45) e PAIVA; MELO (2008a, p. 322)

Conforme se pode observar, tais componentes formam a competência profissional, que gera resultados observáveis por terceiros e pelo próprio indivíduo, o qual, por sua vez, deve promover uma reflexão na e sobre sua ação. Esse processo implica aprendizagem permanente e revisão constante no comportamento, tendo em vista formar, manter e desenvolver competências (PAIVA, 2007; PAIVA; MELO, 2008a; PAIVA; MELO, 2008b).

Observando-se o modelo analítico de competências profissionais adotado na pesquisa, tem-se a necessidade de um aprofundamento acerca dos processos envolvidos em sua gestão e, também, de peculiaridades envolvidas no trabalho do enfermeiro e suas competências profissionais.

2.2 Gestão de competências

Zarifian (2001, p. 127) afirma que “o trabalho não é senão a concretização da ação humana, e sua dinâmica é estabelecida diretamente pelos indivíduos humanos, à

medida que são capazes de dominar e de aperfeiçoar suas ações profissionais”, e que essa dinâmica deveria ser acompanhada pela gestão de recursos humanos.

Brandão *et al.* (2008) afirmam que, em um contexto de globalização e de busca por maximização de resultados, ferramentas de gestão do desempenho capazes de integrar estratégia, competências, aprendizagem e indicadores quantitativos e qualitativos são muito apetecidas, mas nem sempre encontradas. Os autores ressaltam que, nos últimos anos, diversas organizações têm tentado caminhar em direção a modelos capazes de fazer a junção mencionada.

A forma de gerir pessoas tem apresentado grandes transformações nos últimos anos e as principais se resumem em: alteração no perfil das pessoas exigido pelas empresas, optando-se por um perfil autônomo e empreendedor; o deslocamento do foco da gestão de pessoas por meio do controle para o foco por meio do desenvolvimento, com a ideia de desenvolvimento mútuo; e maior participação das pessoas no sucesso do negócio ou da empresa, havendo, assim, mobilização do potencial criador, intuição, capacidade de interpretar o contexto e de agir sobre ele, acarretando vantagens competitivas inigualáveis (DUTRA, 2001). Segundo o autor, essas transformações não foram acompanhadas pela gestão de pessoas, obtendo como resultado uma forma de gerir pessoas, adotada pela maior parte das empresas, que ainda não está adequada à realidade.

Nessa perspectiva, Fleury e Fleury (2000, p. 2) afirmam que a gestão por competência é somente um “rótulo mais moderno para administrar uma realidade organizacional ainda fundada nos princípios do taylorismo-fordismo”. E que, em muitos casos, gerenciar por um modelo de competência se traduz apenas em uma mudança “burocrática” nos procedimentos para seleção dos indivíduos.

No tocante à questão, Zarifian (2001, p. 126) discorre que “a lógica da competência leva a revisar o conjunto das práticas de gestão dos recursos humanos”, e que se faz necessário um investimento em recrutamento, na política de formação, na identificação de potenciais, nas mudanças da organização do trabalho, nas avaliações, nos projetos individuais, e na mobilidade, sendo esses investimentos responsabilidade da gestão de recursos humanos.

O autor enfatiza que, devido à lógica da competência, a organização pode ser pensada de maneira original, em que o foco desta deve deslocar-se para:

uma maneira de combinar e de regular montagens flexíveis de competências individuais no interior de redes de trabalho; para uma sistematização dos processos de aprendizagem; para o sentido, por fim, que cada pessoa pode dar ao trabalho, sentido que se torna o verdadeiro cimento e referência da ação coletiva (ZARIFIAN, 2001, p. 127).

Dutra (2001) foca na gestão de pessoas com ênfase nas competências e destaca que há uma relação mútua entre as competências organizacionais e as individuais e baseia-se em uma escala para medir o conceito de complexidade, uma vez que, segundo ele, é possível definir, para cada competência, diferentes níveis de complexidade de entrega. O autor demonstra o conceito de gestão de competência a partir de fases, a saber:

- a) fase um: competências como centro para seleção e desenvolvimento de pessoas;
- b) fase dois: competência por diferenciação de nível de complexidade;
- c) fase três: competência como conceito que integra a gestão de pessoas e destas com os objetivos estratégicos da empresa;
- d) fase quatro: apropriação das pessoas dos conceitos de competências.

Segundo Dutra (2001), um modelo de gestão deve acoplar um conjunto de conceitos e referências que ofereçam, a um só tempo, condições de compreender a realidade da organização e instrumentos para agir sobre ela, aprimorando-a. Em relação ao indivíduo, o autor ressalta que “a agregação de valor das pessoas é, portanto, sua contribuição efetiva ao patrimônio de conhecimentos da organização, permitindo-lhe manter suas vantagens competitivas no tempo” (DUTRA, 2004, p. 24).

Já Ramos (2001) organiza a gestão de competências a partir dos seguintes eixos:

- a) gestão previsional de empregos e competências – a partir da individualização dos trabalhadores no tocante às possibilidades e perspectivas de mobilidade transversal e/ou horizontal;

- b) desenvolvimento de competências individuais – relacionado diretamente com mudanças nas políticas organizacionais de formação de pessoal;
- c) reconhecimento das competências do trabalhador – desconsideram-se suas origens e formas e incentivam-se suas próprias ações sobre isso;
- d) instalação de políticas de remuneração e avaliativas por competências.

Há dificuldades operacionais na gestão de competências que, de acordo com Dutra (2004), ocorrem referentes às estruturas de remuneração e às políticas individuais das empresas, sem ignorar a ênfase em resultados organizacionais.

Tendo em vista o modelo analítico adotado para fins da pesquisa apresentada nesta dissertação, o conceito de gestão de competências que será abordado neste trabalho será o de Paiva (2007), a saber:

conjunto de todos os esforços individuais, sociais, coletivos e organizacionais no sentido da formação e do desenvolvimento de competências e metacompetências, fundamentados na reflexão do sujeito na e sobre sua própria ação, propiciando resultados em termos macro, micro e parciais, observáveis pelo indivíduo e por terceiros (PAIVA, 2007, p. 57).

A autora propõe esse conceito por acreditar que parte da literatura se referia à “gestão de (ou por) competências” e, assim, retomava a concepção do “construto competência”, denotando lacunas “sobre políticas e procedimentos efetivos em termos das atividades particulares da gestão de pessoas” (PAIVA, 2007, p. 57). Essas atividades são exemplificadas pela autora como: análise, descrição e avaliação dos cargos, delineamento de carreiras, seleção e recrutamento, desenvolvimento e treinamento, admissão e demissão, segurança e saúde ocupacional, avaliação funcional (potencial, desempenho e resultados), relações com entidades de classe/sindicatos. Paiva (2007) afirma que, nessas atividades, há mais semelhanças na concepção de “qualificação” do que, realmente, de competência.

2.3 Histórico dos hospitais e da enfermagem

A palavra hospital é de raiz latina (*Hospitalis*) e de origem relativamente recente. Origina-se de *hospes*, hóspedes, porque antigamente, nessas casas de assistência, eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é tratar os doentes e também como *nosodochium*, que quer dizer receber os doentes (CAMPOS, 1944, p.7).

O hospital tem sua origem em época muito anterior à era cristã, surgindo com os templos de Saturno, considerados como primórdios da escola médica, que caracterizavam os hospitais egípcios; mas foi com o cristianismo que ocorreu um impulso e surgiram novas perspectivas dos serviços de assistência (CAMPOS, 1944). Os ensinamentos de Cristo estimularam mudanças profundas na prática do cuidar, através da influência da lei da caridade. Nas civilizações antes de Cristo, não há relatos sobre a prática do enfermeiro como profissão; o que há, são documentos que se referem às ações que hoje se caracterizam dos profissionais da enfermagem (PAIXÃO, 1979).

De acordo com Campos (1944), há poucas fontes documentais sobre a história dos hospitais no período antes de Cristo; o que se tem notícia é que a prática médica e a prática religiosa se misturavam a ponto de as seitas religiosas determinarem a construção de hospitais ao lado de igrejas, o que ocorreu antes e depois do início da era cristã (TREVISAN, 1988; PAIXÃO, 1979). Foucault (2000) discorre a esse respeito, afirmando que o hospital que funcionava na Europa até a Idade Média não era um local para a cura, mas tratava-se de uma assistência mais espiritual do que material. Essa influência religiosa perpetuou durante a Idade Média, mas nenhuma organização semelhante a um hospital era administrada eficientemente, devido à falta de disciplina e supervisão das autoridades eclesiásticas (TREVISAN, 1988). Naquela época, o que impulsionou a construção dos hospitais foi a proliferação da hanseníase, sendo construídos fora da área urbana e em forma de edifícios (TREVISAN, 1988), verdadeiros depósitos de doentes.

No século XII, ocorreu a influência militar das Cruzadas, que introduziu no âmbito hospitalar grande número de pessoas não religiosas, mas, ainda assim, a responsabilidade maior era das freiras (PAIXÃO, 1979). O hospital somente foi se desvinculando, de forma gradativa, das organizações religiosas no Renascimento, e começou a ter cunho social, tornando-se responsabilidade integral do Estado (TREVISAN, 1988).

No século XVI, com a Reforma Religiosa, houve um declínio do desenvolvimento hospitalar, devido à falta de religiosas para realizar o cuidado e a destruição de hospitais católicos, como ocorreu na Inglaterra (TREVISAN, 1988; PAIXÃO, 1979). Discorrendo sobre o papel da Inglaterra na Reforma Religiosa, Paixão (1979) pontua que foram fechados mais de mil hospitais e que as freiras foram expulsas dos setores sem nenhuma organização para substituí-las. A mesma autora afirma que a falta das irmãs de caridade nos países protestantes levou o governo a assumir os hospitais e, com isso, a remuneração para as pessoas contratadas era escassa, com absoluta falta de organização e supervisão, a comida era ruim e insuficiente. Como consequência, os doentes se recusavam a ir para o hospital.

Trevisan (1988, p.15) salienta que, diante desse cenário, não havia critério de seleção para essa substituição, as pessoas contratadas eram leigas e “elas eram de uma classe criminosa (...) exploravam e abusavam dos pacientes. Por outro lado, o hospital (...) exigia exageradamente longas horas de trabalho árduo das enfermeiras leigas”. Paixão (1979) completa o cenário ao relatar que eram mulheres analfabetas, bêbadas, desordeiras e prostitutas e que, nesse espaço, os doentes ficavam abandonados e corriam perigo.

Essa situação nos hospitais se estendeu até o século XIX; sendo assim, a primeira metade do século XIX marcada como “período negro” da organização hospitalar, pois imperava a sujeira, a promiscuidade e o mau cheiro (TREVISAN, 1988).

Essa realidade somente se modifica na segunda metade do século XIX, com o trabalho realizado por Florence Nightingale. Essa mulher se tornou a pioneira da enfermagem e foi quem a transformou em profissão, revolucionando-a. Ela também teve papel primordial na reorganização dos hospitais na época.

Para Trevisan (1988, p. 15), “Nightingale foi um gênio em organização e certamente a pioneira em administração hospitalar”. Outra contribuição desse período destacada por Trevisan (1988) foram os estudos de Pasteur², que deixaram evidente a existência de contágio e estimularam a separação de serviços, iniciando, assim, as unidades de isolamento.

Nightingale se destacou como enfermeira e mudou a imagem da enfermagem da época ao ir para a Guerra da Criméia³, em 1854, pois ela organizou os serviços de almoxarifado, lavanderia, rouparia, limpeza e cozinha (que não havia) e, o mais importante, obteve como resultado de todo o seu trabalho uma redução do índice de mortalidade dos soldados⁴ de 40% para 2% (TREVISAN, 1988; GEOVANINI, *et al.*, 2005; OGUISSO, 2007). Quando retornou da referida Guerra, em 1856, Nightingale se tornou uma figura popular nacionalmente reconhecida, seu nome era sinônimo de heroísmo, doçura e eficiência (OGUISSO, 2007). Ela era a precursora de uma nova enfermagem, pois havia embasamento teórico-prático e

considerou que o conhecimento e as ações de enfermagem são diferentes das ações e conhecimentos médicos, uma vez que o interesse da enfermagem está centrado no ser humano sadio ou doente e não na doença e na saúde propriamente ditas (GEOVANINI *et al.*, 2005, p. 26).

Assim, Nightingale apontou competências profissionais exclusivas da profissão de enfermagem, distinguindo-a das demais envolvidas na saúde. Em 09 de junho 1860, ela abriu uma escola de enfermagem com o objetivo de preparar enfermeiras para que elas pudessem atuar como multiplicadoras de conhecimento (OGUISSO, 2007). O ensino Nightingaleano se tornou referência no mundo todo, inclusive no Brasil. O modelo que Nightingale propôs na Inglaterra foi influenciado pela lógica de organização capitalista do trabalho na época, o que fundou na enfermagem a divisão do trabalho intelectual e manual e a hierarquização, hoje ainda muito presente (MATOS; PIRES, 2006). Isso se estende ao Brasil, em que há na enfermagem uma

² Louis Pasteur (1822 a 1895), cientista que comprovou a existência de micróbios.

³ A Guerra da Criméia ocorreu de 1853 a 1856, devido a uma disputa entre Rússia e as forças aliadas da França, Inglaterra e Turquia. Ela ocorreu devido às pretensões expansionistas russas na região. Rússia e França tinham suas próprias religiosas para atender aos feridos e doentes de seus exércitos, mas a Inglaterra possuía apenas alguns homens sem nenhum preparo para realizar o cuidado (OGUISSO, 2007).

⁴ Paixão (1979) considera que o índice era de 42%.

divisão e uma hierarquia no campo profissional, advinda da formação acadêmica: o enfermeiro (com curso superior) e o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem (ambos sem curso superior).

De acordo com o que foi referido, a enfermeira realiza a função de gerente, centralizadora do saber, que domina o conhecimento do processo de trabalho da enfermagem e incumbe aos demais trabalhadores da enfermagem atividades parcelares (PIRES⁵, 1999, citado por MATOS; PIRES, 2006). Isso se traduz na seguinte divisão: a enfermeira realiza a supervisão e o controle de todo o processo de trabalho e os técnicos e auxiliares de enfermagem cuidam da assistência direta.

De acordo com Nascimento *et al.* (2003), no ensino da enfermagem, o marco foi a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB), de dezembro de 1961, mudando radicalmente o ensino existente, surgindo a enfermagem de nível superior. Já a Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação preconiza, para todos os graus de formação, que os alunos desenvolvam competências para continuar aprendendo, de forma crítica e autônoma, em níveis cada vez mais complexos de estudos (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1996).

No ensino no país, percebe-se um movimento em relação “à busca de práticas pedagógicas inovadoras na formação por competências, em decorrência das propostas de diretrizes curriculares para os diversos cursos” (NASCIMENTO *et al.*, 2003, p. 447). No tocante a essa questão, Perrenoud (2002⁶, citado por Nascimento *et al.*, 2003, p. 449) afirma que “formar por competência é ter constantemente em mente que os saberes são recursos que devem ser transferidos, modelizados em sistemas, portanto, ensinados e aprendidos nesse espírito”.

Em documento redigido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), apresentam-se orientações sobre a formação do enfermeiro, dentre elas que:

⁵ PIRES, D. Organização do trabalho na saúde. In: Leopardi MT, organizadora. *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis (SC):UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Ed. Papa-Livros; 1999. 176 p.

⁶ PERRENOUD, P. A formação dos professores no século XXI. In: PERRENOUD, P., THURLER, M. C. (org.). *As competências para ensinar no século XXI*. Porto Alegre (RS): ARTMED, 2002. 176p. p.11-34.

Deve-se pensar a formação do profissional enfermeiro (...) com competência técnica, científica e política para participar, efetivamente, da consecução do direito universal à saúde dentro dos princípios de resolutividade, equidade e integralidade (GARCIA; MOREIRA; CHIANCA, 1995, citados por SANTOS, 2004, p. 68).

Assim sendo, no texto das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem (RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, de 07 de novembro de 2001), atualmente em vigor, é explícita a formação do enfermeiro por competência. Essa resolução enfatiza que a formação do enfermeiro tem de ser pautada nas habilidades e competências gerais que são: a atenção à saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração e gerenciamento e a educação permanente. Há ainda um elenco com trinta e três outras habilidades e competências, denominadas específicas (BRASIL, 2001b).

No tocante a essa questão, observa-se a necessidade de parcerias com outras organizações no sentido de se focar a aplicação do conhecimento, que abriria espaço para o desenvolvimento de competências, já que há necessidade de se ter e vivenciar situações profissionais para esse desenvolvimento. É o que também enfatiza Perrenoud (2002⁷, citado por NASCIMENTO *et al.*, 2003, p. 451) quando afirma que “o estudante seja confrontado a uma situação próxima de uma situação real de trabalho, que seja um problema complexo, um problema real (...) e adaptado ao nível dos estudantes, mas não a ponto de tornar-se um exercício escolar”. Dessa forma, o autor enfatiza que há duas lógicas, integradas, na formação clínica: “aprender fazendo, mas, sobretudo, *aprender* para fazer, para resolver um problema, para compreender uma situação”.

Assim, o aluno de enfermagem terá condição necessária de articular a teoria com a prática, o que dará a ele a possibilidade de vivenciar a complexidade do real, ofertando a esse acadêmico condição de desenvolvimento. No campo da gestão, essa perspectiva encontra apoio em Dutra (2001, p. 34), que afirma

⁷ PERRENOUD, P. A formação dos professores no século XXI. In: PERRENOUD, P., THURLER, M. C. (org.). *As competências para ensinar no século XXI*. Porto Alegre (RS): ARTMED, 2002. 176p. p.11-34.

que o desenvolvimento do indivíduo, ou sua capacidade de lidar com situações cada vez mais complexas, é um patrimônio inseparável da própria pessoa, que, ao atingir a capacidade de atuar em determinado nível de complexidade, não retrocede (...).

O curso de enfermagem é um dos poucos na área de saúde que tem conteúdos de administração em sua grade curricular e, de acordo com Matos e Pires (2006), é um ensino focado nas “velhas” teorias administrativas, que não preparam o enfermeiro para uma intervenção adaptada à realidade e para uma gerência inovadora e centrada na aquisição de competências. Alves, Penna e Brito (2004), consideram que há deficiências, ao analisar as questões relativas à formação gerencial nos cursos da área de saúde, entendendo que, na formação acadêmica, o contexto organizacional é subestimado e que os conteúdos são transmitidos ao aluno de forma mecânica e acrítica. As autoras entendem que a gerência eficiente está relacionada à reformulação das ideias dos modelos teóricos e das abordagens metodológicas, “o perfil adequado do gerente requer, além da sofisticação das técnicas gerenciais e das habilidades específicas, uma formação humanística mais ampla” (ALVES; PENNA; BRITO, 2004, p. 444).

Neste milênio, caracterizado como competitivo e por ambientes de constante mudança, o desenvolvimento das pessoas no contexto das organizações está intimamente ligado ao desenvolvimento de competências (CUNHA; XIMENES NETO, 2006), o que faz refletir sobre a formação do enfermeiro hoje, nos seguintes termos: se esta atende às demandas de saúde da população, que são os clientes e a comunidade, e do hospital, instituição empregadora. No tocante a essa questão, Alves, Penna e Brito (2004) consideram que o desenvolvimento da competência gerencial no setor de saúde constitui-se elemento-chave na resolução dos problemas pertinentes nos locais de saúde, como estratégia de mediação entre as instâncias locais, os usuários dos serviços e os níveis decisórios.

2.4 Atuação do enfermeiro e suas competências

Discorrendo sobre as atribuições do enfermeiro, de acordo com a lei do exercício profissional da enfermagem, Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, no Art. 11, o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, sendo privativo deste profissional:

direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem; consulta de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem; cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986, p.1).

Completando o exposto, o enfermeiro tem também como campo de atuação o ensino e a pesquisa.

No ambiente hospitalar, o foco principal do enfermeiro é o cuidar e, para Santos e Dourado (2007), o cuidado é subdividido em: cuidado direto ao cliente, que são os procedimentos técnicos, como banho no leito, curativos, assistência a pacientes graves, punção venosa periférica, sondagens, cateterismo vesical, encaminhamentos para exames; e cuidados indiretos, como atividades de previsão e provisão de material, prescrição de enfermagem, atenção à família, organização do cuidado, supervisão de recursos de pessoal. Saar (2005) afirma que algumas das atividades administrativas exercidas pelo enfermeiro no ambiente hospitalar são: a coordenação e supervisão da equipe de enfermagem e da assistência a ser prestada, avaliação da assistência, determinar, por meios de normas e rotinas, a forma com que as tarefas devem ser executadas, elaboração de escalas da equipe, plano de férias, e verificar a assiduidade ao trabalho dos demais profissionais sob sua supervisão.

De acordo com a administração e o gerenciamento realizados pelo enfermeiro, este deve ser responsável pela coordenação das atividades assistenciais do hospital,

planejamento, delegação de tarefas, tomada de decisões, organização dos recursos materiais, físicos e humanos e isso requer um preparo para tal papel (CUNHA; XIMENES NETO 2006; PERES; CIAMPONE, 2006).

Sanna (2007) descreve também que a administração realizada pelo profissional de enfermagem, a qual se subdivide em administração de recursos humanos com o dimensionamento da força de trabalho, o recrutamento, a seleção, a distribuição, a avaliação de desempenho e a educação permanente; de recursos físicos, arquitetura, o projeto, a decoração, a legislação e a denominação e função dos compartimentos, a segurança do cliente e dos profissionais e riscos ocupacionais; de recursos financeiros: financiamento, o orçamento, os custos e a produtividade; de recursos políticos contendo a estrutura organizacional, o poder e a cultura, o conflito e a negociação, a liderança, a motivação, as mudanças e as mudanças interdepartamentais; de recursos materiais, previsão, aquisição, conservação, armazenamento, controle e distribuição.

Sendo assim, os enfermeiros detêm-se principalmente nos trabalhos administrativos, burocráticos e gerenciais, direcionando-se e participando pouco no processo do cuidado ao cliente hospitalizado de forma humanizada e integral, o que pode ser justificado pela rotina diária, que disponibiliza pouco tempo para que o enfermeiro preste esse cuidado e atenção direta ao paciente (SAAR, 2005).

Outra importante atribuição do enfermeiro é a ligação deste com a equipe multidisciplinar e entre os membros dessa equipe, facilitando, assim, o trabalho dos diversos profissionais que buscam atender às necessidades do paciente (BACKES *et al.*, 2008); sendo assim, torna-se importante o aperfeiçoamento e a adesão de conhecimentos e competências pessoais e interpessoais, para organizar e construir um saber interdisciplinar. Backes *et al.* (2008) enfatizam também que algumas das atividades do enfermeiro, como a orientação técnica, são uma contribuição no estabelecimento do vínculo entre o profissional e o paciente e servem de elo entre a equipe e a família.

Segundo Santos (2004, p. 69), para se afirmar que um enfermeiro é competente, deve-se considerar as seguintes dimensões necessárias a esse profissional:

a) dimensão técnica – “ele deve ter domínio dos conteúdos de sua área específica de conhecimento e recursos para socializar esse conhecimento”;

b) dimensão ética (elemento mediador):

ele deve assumir continuamente uma atitude crítica, que indaga sobre o fundamento e o sentido da definição dos conteúdos, dos métodos, dos objetivos, tendo como referência a afirmação dos direitos, do bem comum.

c) dimensão estética: “ele deve ter um movimento de compreensão, que articula o intelectual e o afetivo”; e

d) dimensão política: “ele deve definir finalidades de suas ações e comprometer-se a caminhar para alcançá-las”.

É exigido do enfermeiro conhecimento (que conheça o que faz), habilidades (que faça corretamente) e que tenha atitudes adequadas para desempenhar seu papel objetivando resultados positivos (MARQUIS; HUSTON, 1999). Sendo assim, de acordo com as autoras, é exigido desse profissional que ele seja competente naquilo que faz e também propicie que os membros da sua equipe tenham competência para executarem as tarefas que lhes são destinadas.

Dentre as ações do enfermeiro no hospital, estão a administração e o gerenciamento que, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº 3, de 7 de novembro de 2001 (Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem), são competências e habilidades necessárias à formação dos enfermeiros e, em relação a elas:

os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (BRASIL, 2001b, p. 2).

Em relação à prática profissional, Rios (2002⁸, citado por SANTOS, 2004, p. 69) afirma que:

⁸ RIOS, T. A. Competência ou competências – o novo e o original na formação de professores. In: ROSA, D. D. G., SOUZA, V. C. *Didática e práticas de ensino: interfaces com diferentes saberes e lugares formativos*. Belo Horizonte (MG): 2002. p. 155-172.

a competência se revela na ação – é na prática profissional que se mostram suas capacidades, que se exercitam suas possibilidades, que se atualizam suas potencialidades. É no fazer que se revela o domínio dos saberes e o compromisso com o que é necessário, concretamente, e que se qualifica como bom – por quê e para quem.

De acordo com Kobayashi e Leite (2010), o enfermeiro, no âmbito hospitalar, pode desenvolver as competências citadas: saber comprometer-se, saber assumir responsabilidades (o que as autoras dizem ser de difícil desenvolvimento); saber aprender, quando ocorre mudança na forma de aprendizagem, centrada na autonomia, no autodesenvolvimento; ter visão estratégica, compreensão do Panorama e Diretrizes da Diretoria de Divisão de Enfermagem, identificação do Diagnóstico Situacional Institucional; saber agir, saber mobilizar recursos, com base no compromisso e adesão do colaborador; saber comunicar-se, quando ocorre o domínio e o uso de tecnologia de informação, no acesso e descentralização das informações.

Em relação à formação de competências, as autoras citadas afirmam que:

compreende-se que a formação de competências está relacionada à definição da estratégia organizacional. A organização, situada em um ambiente institucional, definiria a sua estratégia e as competências necessárias para implementá-la, num processo de aprendizagem permanente (KOBAYASHI; LEITE, 2010, p. 248).

Dessa forma, Kobayashi e Leite (2010) concluem que, no tocante ao enfermeiro no ambiente hospitalar, é importante o investimento neste, com o foco em entregas, como um recurso distinto da competência organizacional.

Diante dessas contribuições de teóricos relacionados à competência de enfermeiros, foi realizada uma síntese conforme as competências apontadas por cada autor. O QUADRO 2 exibe tal síntese:

Competências	Autores	Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN (BRASIL, 2001b)	Santos (2004)	Cunha e Ximenes Neto (2006)	Kobayashi e Leite (2010)
Administração e gerenciamento		X		X	X
Aprendizagem		X			X
Atitude ou pensamento crítico		X	X		
Atitude Ética		X	X		
Comprometimento					X
Comunicação		X	X	X	X
Conhecimento		X	X	X	
Criatividade				X	
Definir finalidade de suas ações			X		
Fazer corretamente		X		X	
Liderança		X		X	X
Persuasão				X	
Resolutividade		X	X		
Tomada de decisões		X	X	X	X
Visão estratégica					X

Quadro 2 – Síntese das competências profissionais de enfermeiros.

Fontes: BRASIL (2001b); SANTOS (2004); CUNHA; XIMENES NETO (2006); KOBAYASHI; LEITE (2010).

Para facilitar a análise dos dados, elaborou-se o QUADRO 3 que promove uma fusão detalhada do QUADRO 2 desta dissertação com as componentes da competência profissional segundo modelo de Paiva (2007), o qual foi adotado como parâmetro de análise neste estudo.

COMPETÊNCIAS	CONCEITO	AUTORES	PAIVA (2007)
1-Administração e gerenciamento	Considera-se como definir finalidade de suas ações, fazer corretamente. “Tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos, materiais e de informação.”	DCN (BRASIL, 2001b)	Funcional
2-Aprendizagem	Ter conhecimento: requerido para a prática de enfermagem. Ter capacidade de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.	Carvalho (1998); DCN (BRASIL, 2001b)	Cognitiva
3-Atitude	Atitude crítica. Atitude ética. Ter respeito à vida, à dignidade e aos direitos da pessoa humana, sem qualquer discriminação. Responsabilização pela promoção do ser humano nas múltiplas dimensões. Humanização. Disciplina; determinação.	Lima e Cassiani (2000); Backes, Lunardi, Lunardi Filho (2006)	Cognitiva Político Ética
4-Comprometimento	Mecanismo que produz comportamentos sólidos, que favorece o engajamento das pessoas em linhas consistentes de atividades que elas mesmas elegeram para a obtenção dos seus propósitos. Dedicção.	Rodriguez, Trevizan e Shinyashiki (2008)	Funcional Ética
5-Comunicação	Os profissionais de saúde devem ser acessíveis; quando ocorre o domínio e o uso de tecnologia de informação, no acesso e descentralização das informações. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura.	Kobayashi e Leite (2010); DCN (BRASIL, 2001b)	Funcional Política
6-Criatividade	Criar: tirar do nada, transformar, educar, gerar, inventar, produzir, cultivar, instituir, fundar. A criatividade é partir do pensamento racional para construir novas equações para os problemas e suas soluções.	Feldman, Ruthes e Cunha (2008)	Comportamental
7-Liderança	Ter persuasão. Aptidão para assumir posições de liderança, esta envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação de forma efetiva e eficaz.	DCN (BRASIL, 2001b)	Comportamental Política Ética
8-Tomada de decisões	Resolutividade: representa a capacidade em solucionar a maior parte dos problemas que lhe são apresentados. Fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Deve-se avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.	Halal et al. (1994); DCN (BRASIL, 2001b)	Funcional
9-Visão estratégica	Analisar o ambiente, estabelecendo diretrizes, formulando estratégias e exercendo o controle, ou seja, aplicando conhecimentos diversos associados.	Dei Svaldi, Lunardi Filho; Gomes (2006).	Funcional Política

Quadro 3 – Competências profissionais de enfermeiros e o Modelo de Paiva (2007)

Fonte: PAIVA (2007); BRASIL (2001b); CARVALHO (1998); LIMA e CASSIANI (2000); BACKES, LUNARDI, LUNARDI FILHO (2006); RODRIGUEZ, TREVIZAN e SHINYASHIKI (2008); KOBAYASHI; LEITE (2010); FELDMAN, RUTHES e CUNHA (2008); HALAL et al. (1994); DEI SVALDI, LUNARDI FILHO, GOMES (2006).

Ressalta-se que esse quadro norteou a análise de parte dos dados coletados, conforme metodologia empregada na pesquisa realizada, descrita no próximo capítulo.

3 METODOLOGIA

Este capítulo está subdividido em cinco partes, quais sejam: a caracterização da pesquisa, a unidade de observação e de análise, a técnica de coleta de dados, a técnica de análise de dados e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

3.1 Caracterização da Pesquisa

Para a caracterização da pesquisa proposta, foi utilizada a taxionomia apresentada por Vergara (2007), em que este estudo foi classificado como descritivo. A pesquisa descritiva pode estabelecer correlações entre variáveis, definir sua natureza, expor características de determinada população ou de determinado fenômeno, sem o compromisso de explicá-los (VERGARA, 2007).

Nesse âmbito, “a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los” (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2007, p. 61). Triviños (1987, p.110) completa: também tem a característica de “descrever (...) os fatos e fenômenos de determinada realidade”.

A respeito dos meios, o estudo foi classificado como de campo, nos moldes de estudo de caso. A pesquisa de campo é a investigação realizada *in loco*, em que ocorreu ou ocorre o fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo, permite a inclusão de entrevistas, aplicação de testes, questionários e observação participante ou não (VERGARA, 2007). Nessa perspectiva, o estudo de campo tem como objetivo conseguir “informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta” e se baseia na observação de fenômenos e fatos, como eles ocorrem, na coleta de dados referentes a estes e no registro de variáveis que se considerem relevantes, para analisá-los (MARCONI; LAKATOS, 2007). Este estudo foi realizado no campo, com caráter de profundidade e detalhamento.

Vergara (2007) descreve que uma pesquisa baseada em estudo de caso se relaciona a uma ou poucas unidades, podendo estas serem representadas por pessoa, família, comunidade, empresa, entre outras. Triviños (1987, p. 111) considera como o grande valor do estudo de caso “fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que os resultados atingidos podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas”, o que enquadra perfeitamente neste projeto, já que há a necessidade de estudos mais profundos sobre as competências profissionais dos enfermeiros, devido à importância desse profissional no campo da saúde.

O estudo pode, ainda, ser classificado como qualitativo, ou seja, que “compreende atividades de investigação que podem ser denominadas específicas”, e que todas elas “podem ser caracterizadas por traços comuns” (TRIVIÑOS, 1987, p. 120). Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999) discorrem sobre a temática e completam que a pesquisa qualitativa apresenta outras características, como flexibilidade, diversidade, não admite regras precisas e pode ser aplicada em uma ampla gama de casos.

Para Flick (2009, p. 16), esse tipo de pesquisa possui várias características próprias, não padronizadas, “parte da noção da construção social das realidades em estudo, está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão em estudo”.

3.2 Unidades de Análise e Sujeitos

As unidades de análise foram dois hospitais que compõem o grupo abordado: Santa Casa de Belo Horizonte e São Lucas. Os sujeitos foram enfermeiros que trabalham nos hospitais já citados, localizados em Belo Horizonte (MG). O número de enfermeiros levantado foi em torno de 60 e 73 nos hospitais, respectivamente. Os locais de estudo foram escolhidos devido à natureza destes e dos profissionais em estudo, seguindo critérios de acessibilidade (VERGARA, 2007), decorrente da

aprovação da pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa (protocolo nº 005/2011) da instituição que agrega os dois hospitais.

Os enfermeiros entrevistados foram selecionados seguindo critérios de acessibilidade e intencionalidade (VERGARA, 2003), tendo em vista, respectivamente, a disponibilidade dos profissionais em agendar entrevistas e o enquadramento no escopo da pesquisa, na busca de dosar homogeneidade e heterogeneidade dos sujeitos de maneira que os dados coletados permitissem espelhar a realidade e aprofundar nas questões investigadas. O critério de exclusão dos possíveis participantes da entrevista foi não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) ou, se desejassem, a qualquer momento, retirar seus dados.

Como se trata de pesquisa essencialmente qualitativa, pretendia-se entrevistar 16 enfermeiros em cada hospital, consciente de que esse número poderia variar de acordo com critérios de saturação de dados (TURATO, 2003; FONTANELLA *et al.*, 2008) tendo em vista a necessidade de uma massa de dados possível de análise. Isso foi fundamental à pesquisa, devido à temática e por ser abordada em dois hospitais com formas de atendimento ao cliente diferentes.

De acordo com Turato (2003), no critério de saturação dos dados, o pesquisador pode cessar as entrevistas quando novas entrevistas começam a apresentar uma quantidade de repetições no conteúdo, ou seja, novas respostas passam a ter acréscimos pouco significativos em relação aos objetivos propostos para a pesquisa. Em virtude do referido critério, a coleta de dados finalizou-se com 12 entrevistados no Hospital 1 (Santa Casa) e 14 no Hospital 2 (São Lucas), totalizando 26 entrevistados.

3.3 Técnica de coleta de dados

O processo de coleta de dados ocorreu em uma fase, na qual foram realizadas as entrevistas com roteiro semiestruturado (APÊNDICE B), com a inclusão da aplicação

de técnica projetiva de associação de figuras (APÊNDICE B). Para Collis e Hussey (2005), a entrevista representa um método para coleta de dados com perguntas direcionadas, e os respondentes expressam suas opiniões de maneira mais precisa utilizando suas próprias palavras, revelando o que fazem, sentem ou pensam. No tocante à questão da entrevista semiestruturada, Marconi e Lakatos (2007) afirmam que, neste caso, o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido, o pesquisador é livre para adaptar suas perguntas em qualquer situação, para modificar a ordem destas ou realizar outras. Convém lembrar que esta pesquisa integra um projeto mais amplo, daí a necessidade de ater-se ao que vinha sendo desenvolvido no âmbito de tal projeto. Nesse sentido, o roteiro contemplou 15 perguntas que procuram levantar dados sobre a competência profissional de enfermeiros.

Em relação às técnicas projetivas de associação, Bailey (1982) e Bryman (1992) discorrem que elas envolvem a apresentação de um estímulo para os indivíduos, “cuja interpretação é tomada pelo pesquisador para revelar algumas características fundamentais da preocupação individual” (PAIVA, 2007, p. 76). Paiva (2007) afirma que o objetivo da aplicação dessa técnica é tentar captar percepções e concepções que não foram abordadas ou contempladas na entrevista “formal”. Ao final de cada entrevista, 12 figuras foram apresentadas aos entrevistados para sua interpretação. Tais figuras são as mesmas do projeto “Competências profissionais e gestão de competências em profissões na área de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros em Minas Gerais”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, FAPEMIG. Tendo em vista a mescla da entrevista nos moldes tradicionais com a técnica projetiva, caracterizou-se uma triangulação metodológica (COLLIS; HUSSEY, 2005).

As entrevistas foram gravadas na íntegra, de modo a permitir sua transcrição literal e, daí, promover maior fidedignidade dos dados e de sua análise.

3.4 Técnica de análise de dados

As entrevistas foram analisadas à luz da técnica de análise de conteúdo, como proposta por Bardin (2006). A autora enfatiza que, nesse tipo de análise, o objeto é a fala, ou seja, o aspecto individual e presente na linguagem. Ela aponta que esta análise tem como objetivo “a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo) para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem” (BARDIN, 2006, p. 41). Ela define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2006, p.37).

O que a autora procura estabelecer com essa análise é a “correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas sociológicas e psicológicas (por exemplo: condutas, ideologias e atitudes)” (BARDIN, 2006, p. 36), implicando a pertinência dessa análise aos objetivos da pesquisa desenvolvida.

Para operacionalização da análise de conteúdo, foram utilizadas as três fases de Melo *et al.* (2007), ou seja: preparação dos dados (codificação das entrevistas, transcrição na íntegra e separação das respostas por perguntas); tabulação quantitativa (elaboração de tabelas por perguntas, apresentando as respostas por entrevistado(s), indicando sua recursividade no conjunto do *corpus* de análise, e seleção de trechos representativos das entrevistas) e tabulação temática (elaboração de tabela com temas adjacentes contemplados pelos entrevistados e seleção de trechos representativos destes nas entrevistas).

3.5 Aspectos éticos envolvidos na pesquisa

O projeto relativo à pesquisa realizada e apresentada nesta dissertação, conforme delibera a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) dos hospitais já mencionados, para aprovação, formalizando-se por meio do protocolo nº 005/2011.

Destaca-se que foram reservados todos os direitos dos profissionais enfermeiros, garantindo-lhes a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento no decorrer da pesquisa. Foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), com as devidas informações quanto aos objetivos da pesquisa, ao consentimento escrito, ao anonimato e à permissão para utilização do gravador, com o esclarecimento de possíveis dúvidas.

Para garantir o sigilo dos entrevistados, foi utilizada uma numeração para sua identificação no decorrer da pesquisa e divulgação dos dados.

Todo o material coletado será guardado por cinco anos, conforme a Resolução nº. 196/96. Note-se, ainda, que não se percebem riscos (físicos ou emocionais) aos sujeitos da pesquisa, tendo em vista a forma como os dados foram coletados (entrevistas).

3.6. Os Hospitais Abordados

A Santa Casa de Belo Horizonte, fundada em 21 de Maio de 1899, é uma associação, sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, reconhecida como de utilidade pública pelo Decreto Federal nº 47.778/60, e tem por objetivo principal a manutenção de hospitais onde prepondera o tratamento de enfermos reconhecidamente carentes, sobretudo os custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de convênio. A Administração da Instituição é exercida pelo Provedor, em cargo não remunerado, eleito pela Assembleia Geral. O provedor é a

autoridade máxima da estrutura organizativa da Santa Casa de Belo Horizonte, cabendo-lhe o exercício de todas as atividades e prática dos atos necessários ao bom desempenho do seu mandato, de acordo com as normas inscritas no Estatuto da Instituição (GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, 2009).

Integram a Santa Casa as seguintes unidades: Hospital Central Emygdio Germano (Santa Casa), Maternidade Hilda Brandão, Hospital São Lucas, Ambulatório Pediátrico Santa Casinha, Creche João Paulo II, núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa, Escola de Enfermagem João Paulo II, Funerária Santa Casa, Santa Vida – Plano Funerário, IGAP – Instituto Geriátrico Afonso Pena, CEM – Centro de Especialidades Médicas Dario de Faria Tavares e Hospital Lourdes. O atendimento assistencial é realizado pelo Complexo Hospitalar José Maria Alkmim, formado pelo Hospital Emygdio Germano (Hospital Central) e Hospital São Lucas (GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, 2009).

O Hospital Emygdio Germano é o pioneiro na unidade assistencial, na inclusão de novos serviços de atenção à saúde e oferece atendimento em todas as especialidades médicas. Com atendimento predominante para os pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS –, o Hospital tem internações e procedimentos de média e alta complexidade, atingindo o número de 30.916 internações, em 2009, e 164.154 cirurgias e procedimentos.

Em 2010, o Hospital São Lucas, unidade do Grupo Santa Casa destinada à Saúde Suplementar e particulares, realizou 7.272 internações no ano de 2010, 11% a mais em relação ao ano anterior. De 2005 a 2010, o aumento no número de internações foi de 15% (GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, 2010).

O Grupo Santa Casa obteve um aumento de 4% no número de atendimentos realizados em 2010. Em cinco anos, foi possível constatar um crescimento de quase 30% na assistência prestada à população de Minas Gerais (GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, 2010). Seguem abaixo dados que caracterizam o Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, relativos aos anos entre 2005 e 2010. O total de leitos cresceu 32,0% no período e o número de funcionários 24,3%, conforme TAB.

INDICADOR	2005	2006	2007	2008	2009	2010	%
Total de leitos	855	943	957	975	1.040	1.129	32,0
Funcionários	3.122	3.011	3.321	3.474	3.649	3.882	24,3

Tabela 1 – Total de Leitos e funcionários do Grupo Santa Casa

Fonte: Adaptado de Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, 2010, p. 36.

No Hospital Central, Emygdio Germano, que atende SUS, convênios e particulares, o número de leitos cresceu 31,7% no período e a taxa de ocupação reduziu cerca de 14,0% (TAB. 2).

INDICADOR	2005	2006	2007	2008	2009	2010	%
Leitos	760	839	850	861	922	1001	31,7
Taxa de ocupação (%)	86	75	80,52	78,36	75,57	74	-14,0

Tabela 2 - Hospital Central - Emygdio Germano

Fonte: Adaptado de Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, 2010, p. 37.

Considerando-se apenas o atendimento ao SUS desse hospital, tendo em vista os fins desse projeto, o número de leitos cresceu 33,9% no período e a taxa de ocupação reduziu cerca de 5,7% (TAB. 3).

INDICADOR	2005	2006	2007	2008	2009	2010	%
Leitos	685	763	773	773	802	917	33,9
Taxa de ocupação (%)	85,65	85,83	85,06	86,00	84,84	80,81	-5,7

Tabela 3 - Hospital Central - Emygdio Germano (SUS)

Fonte: Adaptado de Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, 2010, p. 40.

Já no Complexo Hospitalar São Lucas, que atende apenas particulares e convênios, o número de leitos cresceu 34,7% no período e a taxa de ocupação aumentou em 3,4% (TAB. 4).

INDICADOR	2005	2006	2007	2008	2009	2010	%
Leitos	95	104	107	114	118	128	34,7
Taxa de ocupação (%)	73,09	75,77	78,28	77,93	73,11	75,56	3,4

Tabela 4 – Complexo Hospitalar São Lucas

Fonte: Adaptado de Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, 2010, p. 48.

Conforme plano de reestruturação do Grupo Santa Casa, a Alta Administração vem empreendendo gestões para implementar um adequado Plano de Recuperação, dentre eles, pode-se destacar (Relatório Anual e Balanço Social, 2010, p. 80):

- a) Projeto 1.000 leitos SUS em andamento, representa aumento de receita muito relevante;
- b) Fortes investimentos em educação continuada dos Recursos Humanos, com destaque para o programa de MBA com a FGV e IBMEC e o Programa Pra – Graduar com participação na formação dos profissionais. O PDL (Programa de Desenvolvimento de Líderes) e o PDG (Programa de Desenvolvimento de Gerentes) têm capacitado com qualidade as lideranças da Instituição.
- c) O Projeto Crescer, responsável pelo treinamento e desenvolvimento de quatro mil colaboradores, foi homenageado na edição especial da revista *Saúde Business*, sobre o estudo Hospitais Referência como sendo case de sucesso nas boas práticas de gestão dos recursos humanos.
- d) Em busca da valorização dos colaboradores, a Instituição adotou como política o adiantamento quinzenal de salários e a progressão do abono de férias de 33,33% para 40,00%. Todos esses investimentos em educação e plano de carreira têm como objetivo reduzir a rotatividade de pessoal e aprimorar a qualidade na assistência.

Em 2009, foi realizada uma parceria inédita com o poder público Municipal, Estadual e Federal, para a realização do Projeto 1.000 Leitos SUS, um marco histórico na prestação de serviços assistenciais prestados pela Santa Casa. O projeto prevê a abertura de 1.085 leitos dedicados exclusivamente ao serviço público de saúde, até 2012. Entre esses leitos, 150 são destinados a tratamento intensivo, uma necessidade reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza a abertura de leitos desse tipo como ferramenta indispensável para a prestação da assistência em saúde de forma plena e moderna (GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, 2010).

Os objetivos principais são:

- a) Promover a adequação das áreas físicas de internação da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (SCMBH) conforme as exigências de Normas Regulamentadoras do Ministério da Saúde, Vigilância Sanitária e da Política Nacional de Humanização;

- b) Ser referência Nacional em padrão de hotelaria, qualidade na assistência e oferta de leitos ao Sistema Único de Saúde;
- c) Ser referência para a Região Metropolitana de BH no atendimento à Urgência e Emergência em Cardiologia;
- d) Aumentar a oferta de Terapia Intensiva para minorar o grave déficit de leitos dessa natureza na Região Metropolitana de Belo Horizonte;
- e) Garantir a sustentabilidade da instituição no longo prazo.

O Hospital São Lucas também sofre os impactos do Projeto 1.000 Leitos SUS em andamento no Hospital Central. O Hospital São Lucas se prepara para passar por reformas e ampliações. Uma delas ocorrerá no Bloco Cirúrgico, localizado no segundo andar, para atender à demanda por cirurgias e ampliar a capacidade em 30% (GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, 2010).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Esta parte da dissertação trata da apresentação e análise dos resultados da pesquisa, sendo constituída de três partes, quais sejam: a primeira refere-se à caracterização dos entrevistados; a segunda destina-se à elucidação das competências profissionais dos enfermeiros na percepção dos entrevistados e a terceira aborda a gestão de competências dos enfermeiros em tal perspectiva.

4.1 Caracterização dos entrevistados

Foram entrevistados 26 enfermeiros, destes, 12 foram do Hospital 1 e 14 do Hospital 2. Ressalta-se que, no Hospital 1 com característica essencialmente pública, somente foram entrevistados enfermeiros que trabalhavam nas Alas de atendimento pelo SUS e, no Hospital 2, enfermeiros que atendem a particular e convênios.

Na análise demográfica do Hospital 1, nota-se uma predominância significativa do sexo feminino entre os enfermeiros, sendo uma porcentagem cinco vezes maior para as mulheres (83,3% contra 16,7% dos homens). No hospital 2, também ocorre uma predominância do sexo feminino, 2,5 vezes maior para as mulheres (71,4% contra 28,6% dos homens). Sendo assim, em ambos os hospitais, dos entrevistados, a minoria é masculina.

Em relação à faixa etária, no Hospital 1, a composição de enfermeiros apresenta uma maioria significativa de 26 a 30 anos, com 50% dos abordados, seguida da categoria de 31 a 35 anos com a metade da primeira faixa etária apresentada, 25%. (GRAF. 1). No Hospital 2, a maioria dos pesquisados tem a mesma faixa etária do Hospital 1, de 26 a 30 anos, apresentando uma porcentagem menor, de 35,7%, seguida da categoria de até 25 anos, com 21,4%, o que o difere do Hospital 1. (GRAF. 2). Percebe-se que, tanto no Hospital 1 quanto no Hospital 2, não houve sujeitos com mais de 51 anos.

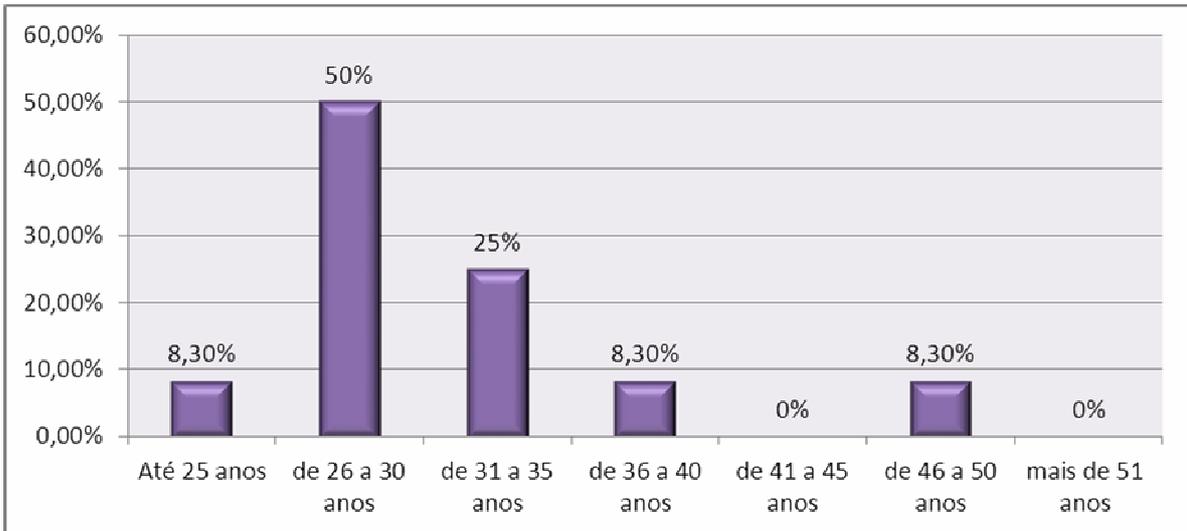


Gráfico 1 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por faixa etária.

Fonte: Dados coletados da pesquisa.

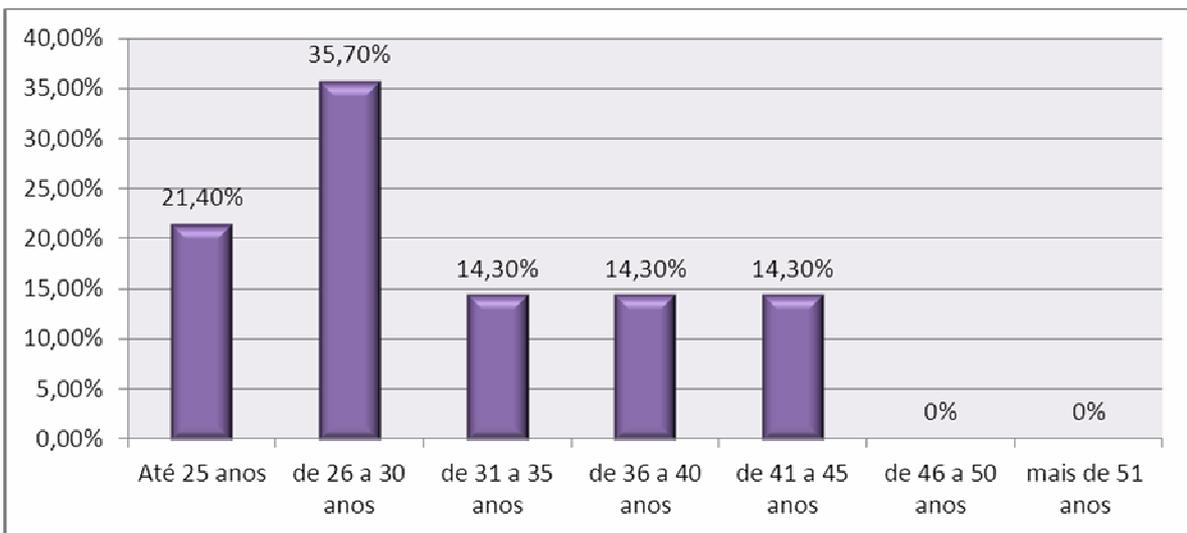


Gráfico 2 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por faixa etária.

Fonte: Dados coletados da pesquisa.

Quanto ao estado civil, tanto no Hospital 1 quanto no Hospital 2, observou-se uma predominância de pessoas solteiras, sendo 66,7% e 71,4%, respectivamente; em ambos os hospitais, todo o restante de respondentes são casados (GRAF. 3 e GRAF. 4).

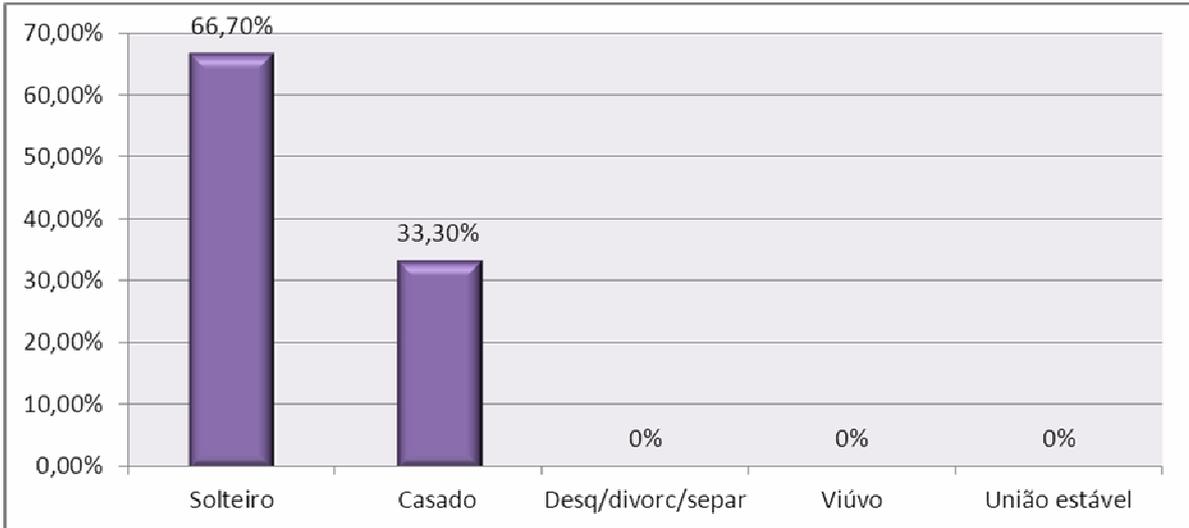


Gráfico 3 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por estado civil.
Fonte: Dados coletados da pesquisa.

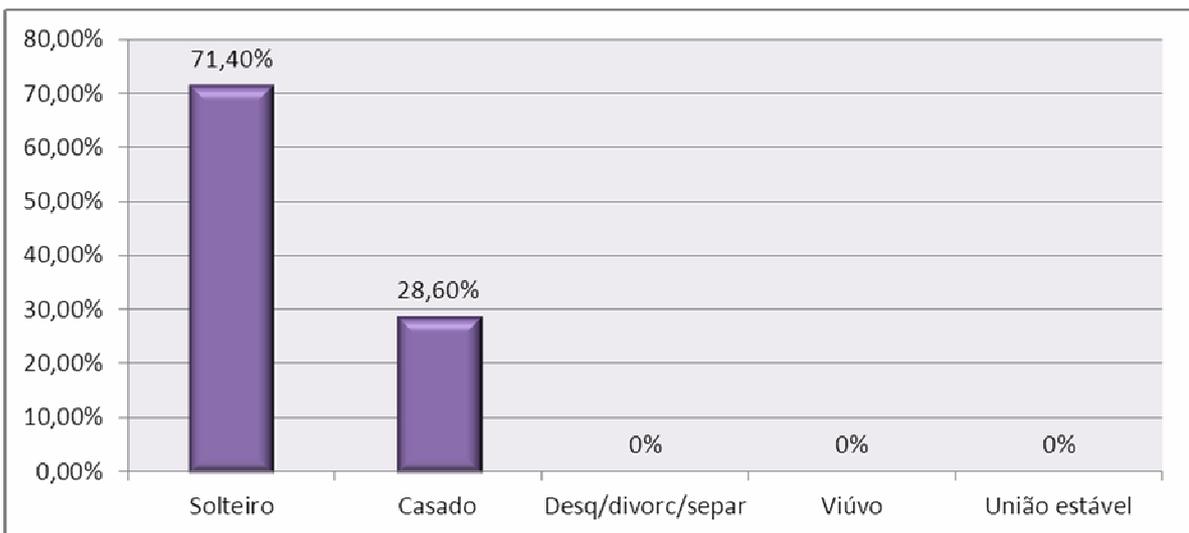


Gráfico 4 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por estado civil.
Fonte: Dados coletados da pesquisa.

Ao se observar a escolaridade apresentada pelos sujeitos do Hospital 1 e do Hospital 2, percebe-se que é nula a quantidade de entrevistados que possuem mestrado e doutorado. No Hospital 1, é muito significativa a porcentagem de pessoas com especialização, 66,7%, mas, no Hospital 2, esse valor fica somente em 28,6%, sendo o restante, neste hospital, de pessoas apenas com a graduação (GRAF. 5 e GRAF. 6).

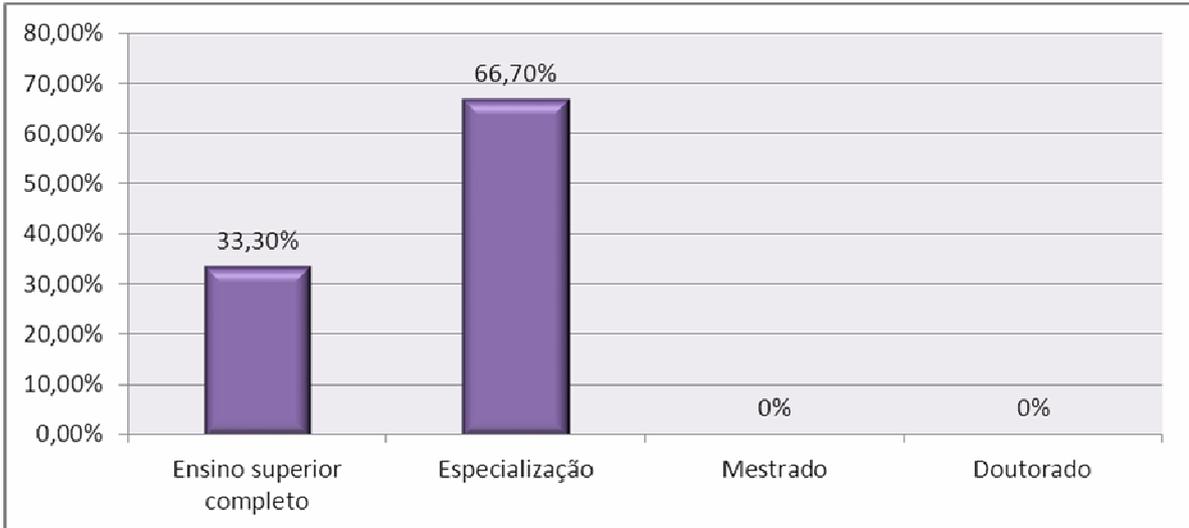


Gráfico 5 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por escolaridade.
Fonte: Dados coletados da pesquisa.

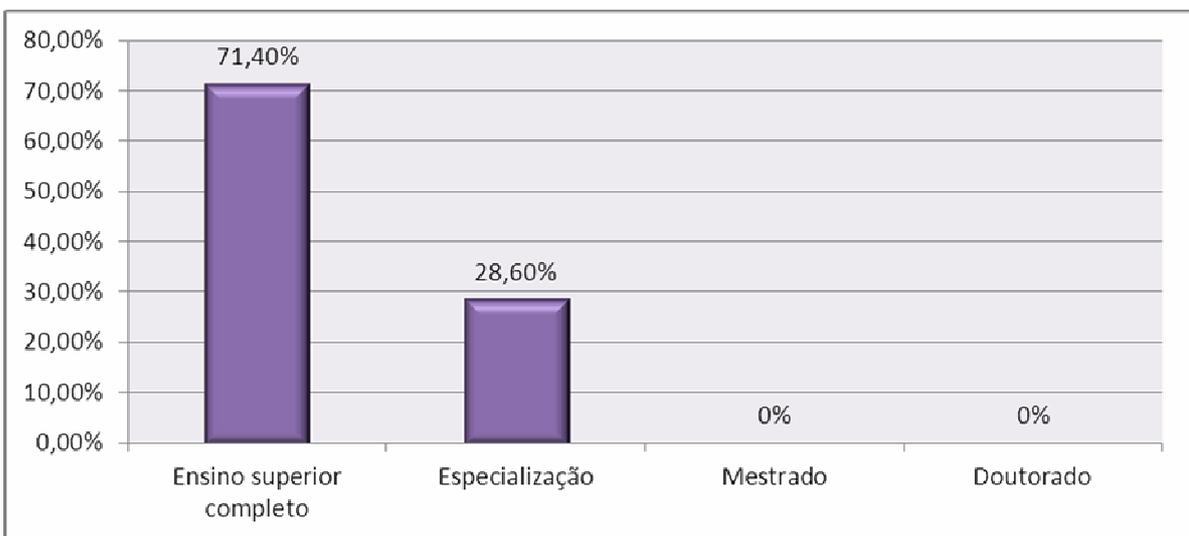


Gráfico 6 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por escolaridade.
Fonte: Dados coletados da pesquisa.

Em relação ao tempo de formado, percebe-se uma inversão, pois o Hospital 1 concentra a maioria dos entrevistados com 1,1 a 2 anos de formado, com 33,3%, seguido de 2,1 a 5 anos, com 25%. Já no Hospital 2, a maioria expressiva se encontra com 2,1 a 5 anos de formado, com 42,9%, seguido de 1,1 a 2 anos, com 28,6%. Note-se que, no Hospital 1, 50% dos entrevistados têm até 2 anos de formado, sendo que, no Hospital 2, há somente 28,6%. Um aspecto importante a ser notado é que o tempo de formado não está relacionado à busca por qualificação, pois, no Hospital 1, há mais enfermeiros especialistas, de acordo com os GRAF. 8 e 9, do que no Hospital 2 (GRAF.7 e GRAF.8).

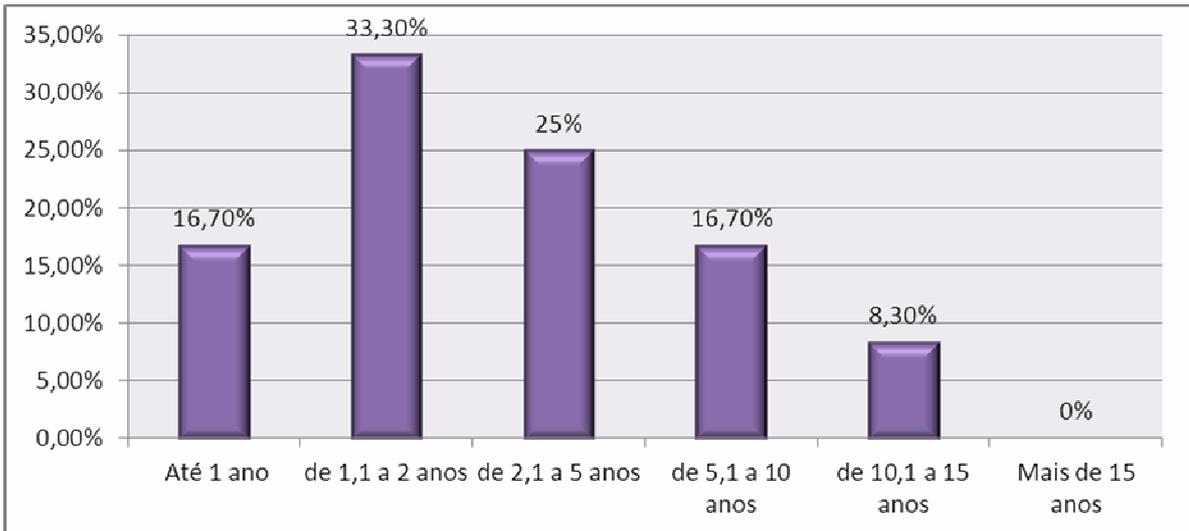


Gráfico 7 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por tempo de formado.

Fonte: Dados coletados da pesquisa.

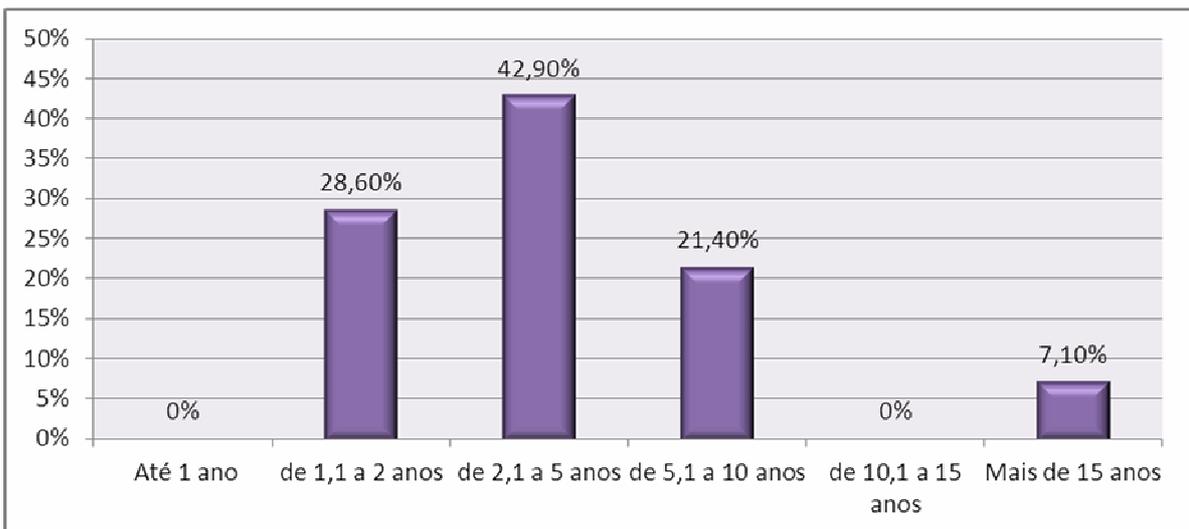


Gráfico 8 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por tempo de formado.

Fonte: Dados coletados da pesquisa.

Em se tratando do tempo em que os respondentes trabalham no Hospital 1, 50% tem menos de um ano, sendo que nenhum dos entrevistados tem mais de 10 anos na instituição. No Hospital 2, 50% dos respondentes têm de 1,1 a 5 anos, não havendo nenhum enfermeiro entrevistado que trabalhe na instituição há mais de vinte anos (GRAF.9 e GRAF.10).

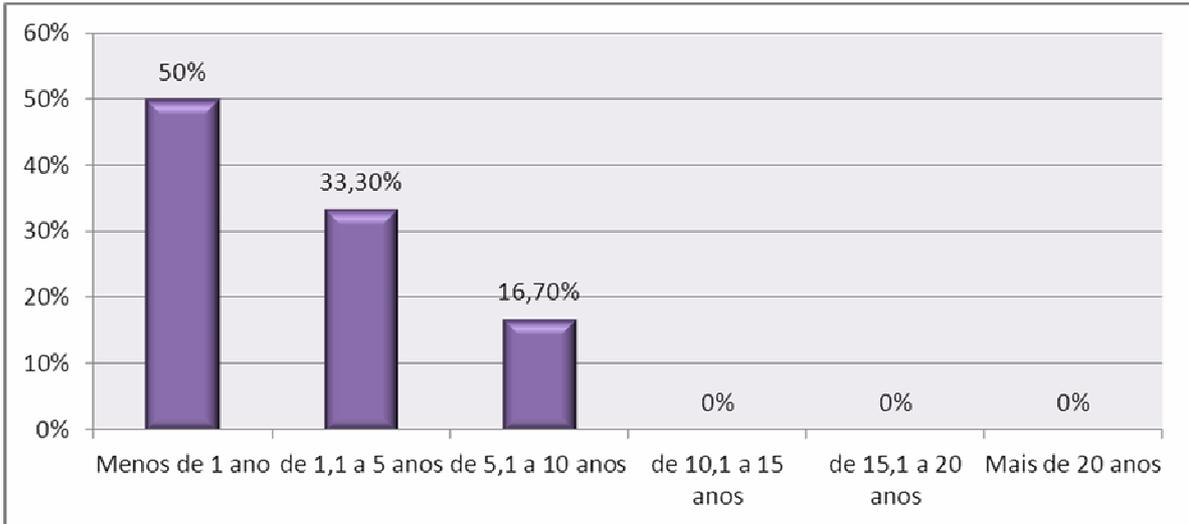


Gráfico 9 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por tempo de trabalho no hospital.
Fonte: Dados coletados da pesquisa.

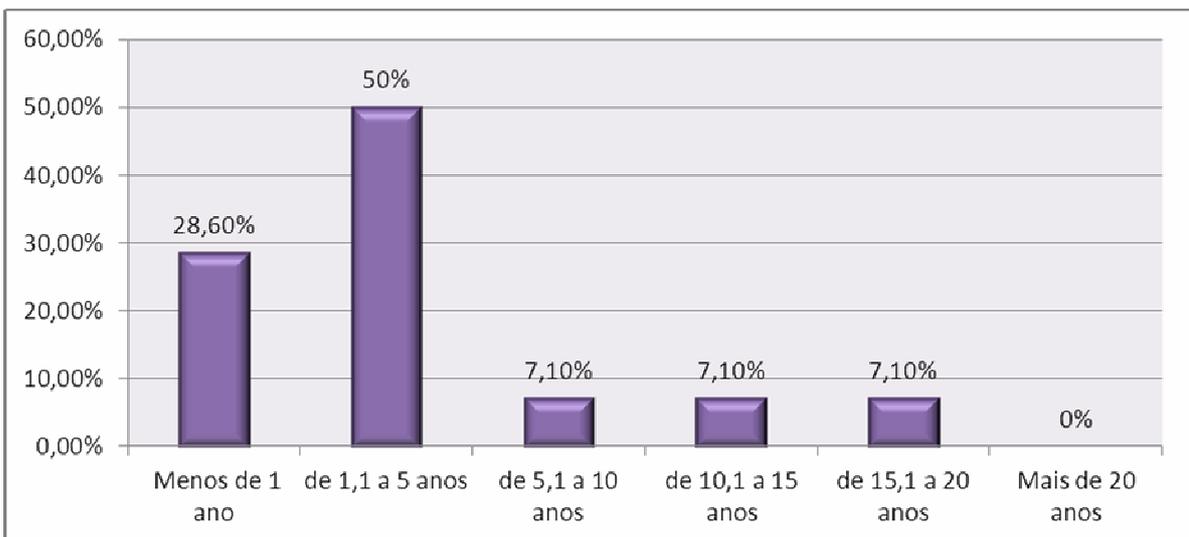


Gráfico 10 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por tempo de trabalho no hospital.
Fonte: Dados coletados da pesquisa.

Todos os entrevistados são enfermeiros assistenciais, não havendo coordenador ou gerente nesta pesquisa. Segundo o tempo que os respondentes possuem na atual função exercida, no Hospital 1, 58,3% dos pesquisados têm menos de um ano de atuação no cargo de enfermeiro, condizente com o que já foi apontado pelos gráficos anteriores. Não há nenhum dos pesquisados, neste hospital, com mais de 10 anos no cargo de enfermeiro. No Hospital 2, na função exercida, a maior porcentagem, que é bastante expressiva, é de 1,1 a 5 anos, com 64,3%, o que também condiz com o que foi apontado pelos gráficos anteriores. Não houve

pesquisado, neste hospital, com mais de 15 anos no cargo de enfermeiro (GRAF.11 e GRAF.12).

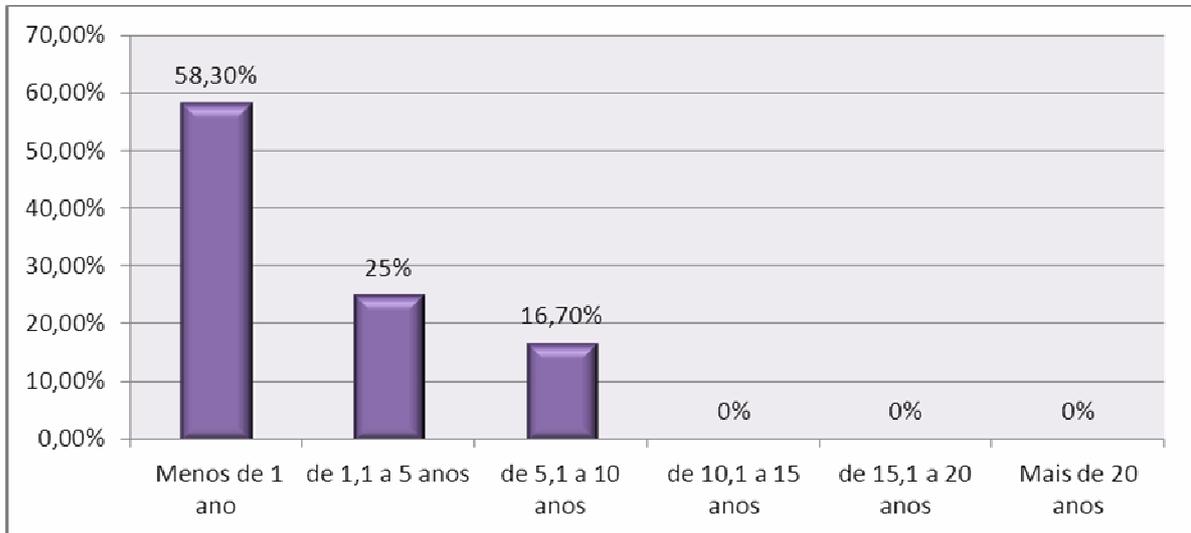


Gráfico 11 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por tempo de atuação no cargo no hospital.

Fonte: Dados coletados da pesquisa.

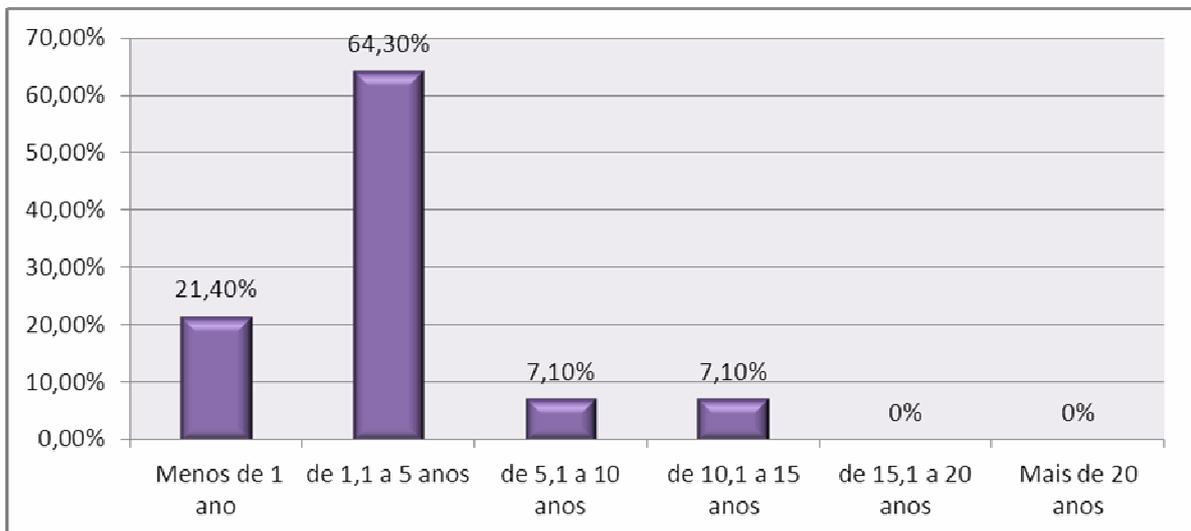


Gráfico 12 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por tempo de atuação no cargo no hospital.

Fonte: Dados coletados da pesquisa.

Na análise do tempo de experiência total na função, percebe-se que, novamente no Hospital 1, a concentração dos enfermeiros está em menos de 1 ano, com 41,7%, seguido de 1,1 a 5 anos, com 33,3%. É uma porcentagem muito expressiva, o que demonstra que muitos enfermeiros tiveram a sua primeira oportunidade de trabalho

neste hospital. O Hospital 2 mantém o que vem demonstrando os outros gráficos, que a maior porcentagem dos entrevistados se concentra entre 1 a 5 anos, mantendo 64,3%, o que condiz com o Hospital 1, em que muitos enfermeiros tiveram a sua primeira oportunidade de trabalho neste hospital. É notório que as faixas que indicam mais experiência, em ambos os hospitais, ficam restritas a uma pequena porcentagem ou a 0% (GRAF.13 e GRAF.14).

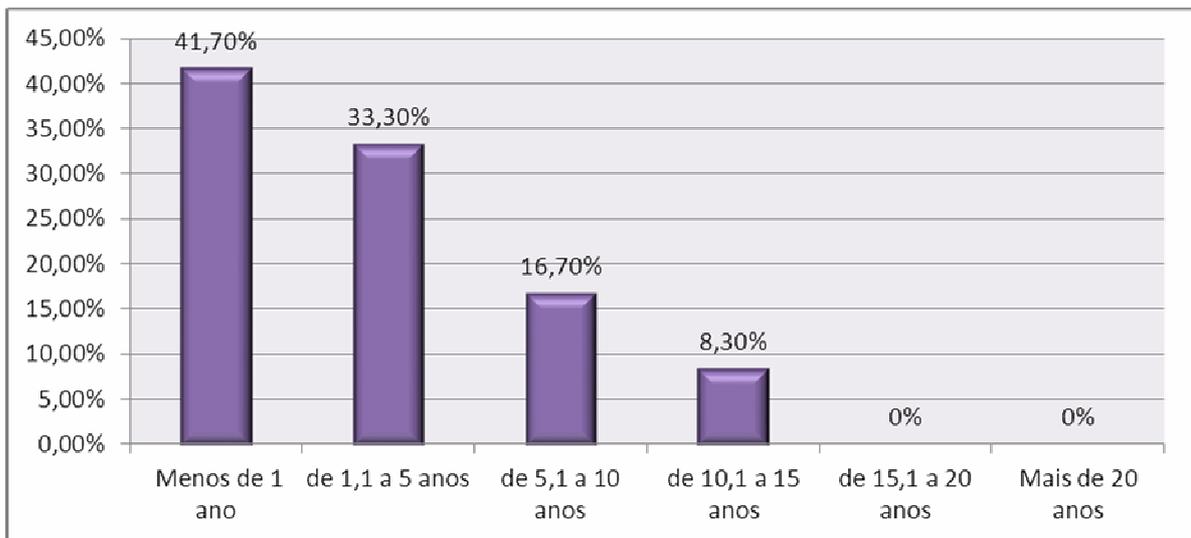


Gráfico 13 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 1, por tempo de experiência total na função.

Fonte: Dados coletados da pesquisa.

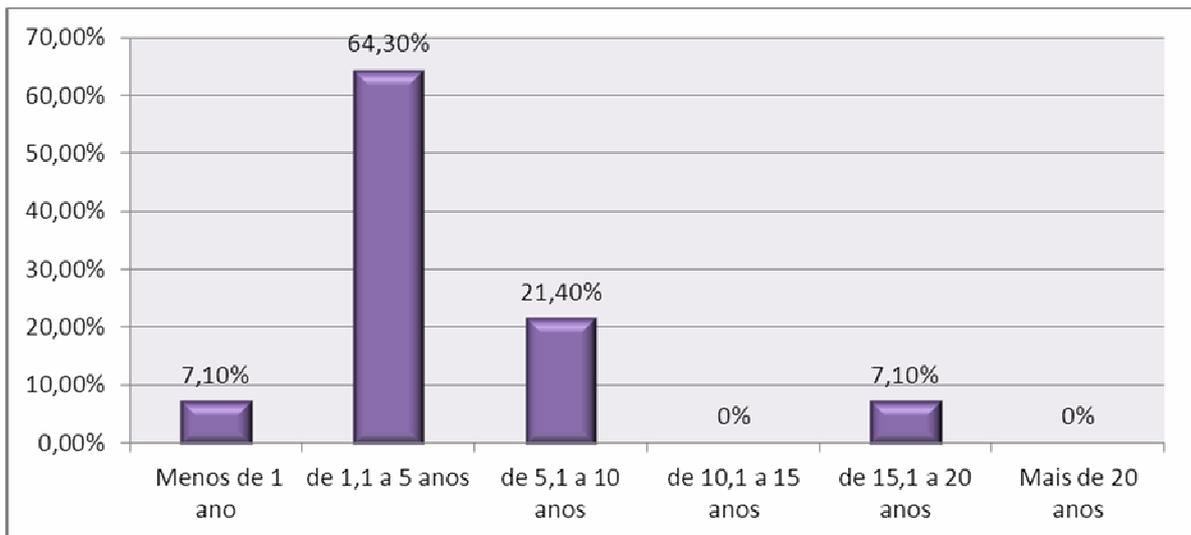


Gráfico 14 – Percentuais de enfermeiros do Hospital 2, por tempo de experiência total na função.

Fonte: Dados coletados da pesquisa.

De uma maneira geral, no Hospital 1, os entrevistados podem ser caracterizados por uma maioria de mulheres, solteiras, com idade de 26 a 30 anos, com especialização, e a maioria tem menos de 1 ano que atua como enfermeiro(a) neste hospital e possui experiência pelo mesmo período de tempo. No Hospital 2, os abordados caracterizam-se por uma maioria do sexo feminino, solteiras, com idade de 26 a 30 anos, somente com o superior completo, e a maioria tem 1,1 a 5 anos que atua como enfermeiro(a) neste hospital e possui experiência profissional por períodos diferenciados de tempo.

Salienta-se que, em ambos os hospitais, os enfermeiros que participaram da pesquisa são em sua maioria mulheres, solteiras, com a mesma faixa etária, funcionários com pouco tempo de casa e com pouca experiência na função, sendo que, para muitos enfermeiros, os hospitais do estudo foram a sua primeira oportunidade de trabalho.

4.2 As competências profissionais, segundo os enfermeiros entrevistados

Chamou-se de Hospital 1 (H1) aquele com atendimento pelo SUS, que compreende os entrevistados E01 a E12, e de Hospital 2 (H2) aquele com atendimento a particulares e convênios, que compreende os entrevistados E13 a E26.

Na opinião dos entrevistados em relação a como deveria ser um profissional competente, de forma geral, observa-se, na TAB. 5, que, no H1, a metade dos entrevistados (6 deles) consideram a aprendizagem como a principal competência, seguida de administração/gerenciamento e de atitude, com 5 em cada, demonstrando um predomínio das componentes cognitiva e funcional, respectivamente, conforme modelo analítico adotado. No H2, mantêm-se administração/gerenciamento, aprendizagem e atitude como as principais competências necessárias a um profissional, havendo, neste hospital, uma inversão: a maioria dos entrevistados (10 deles) considera administração/gerenciamento como a principal, representando a componente funcional, e aprendizagem e atitude, com 7 em cada, predominando a cognitiva. Percebe-se que 2 dos entrevistados, no total

geral, consideram importante o profissional ser dinâmico, correspondendo à componente comportamental.

Tabela 5 – Profissional competente, por hospital e total, na percepção dos entrevistados

Respostas	H1		H2		Total Geral
	Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
1-Administração e gerenciamento	E01, E06, E07, E08, E09	5	E14, E15, E16, E17, E19, E20, E21, E22, E23, E25	10	15
2-Aprendizagem	E03, E05, E06, E08, E10, E11	6	E13, E15, E17, E18, E19, E20, E24	7	13
3-Atitude	E01, E08, E09, E10, E11	5	E15, E18, E19, E20, E23, E24, E26	7	12
7-Liderança	E01, E06, E11	3	E16, E18, E22, E23	3	6
8-Tomada de decisões	E12	1	E19, E21, E22, E26	4	5
5-Comunicação	E07, E08	2	E16, E18, E19	3	5
4-Comprometimento	E04, E09	2	E25	1	3
9-Visão estratégica	E02	1	E20, E21	2	3
6-Criatividade	-	0	-	0	0
Outras: Dinamismo	E05	1	E21	1	2

Fonte: dados coletados na pesquisa

Note-se, nas respostas dos entrevistados, um predomínio, no total geral, segundo o modelo de Paiva (2007), da componente funcional exibida por meio de relatos vinculados à administração e ao gerenciamento, com 15 dos entrevistados; seguem-se 13 dos entrevistados com destaque para a componente cognitiva, relativa à aprendizagem, e 12 para as componentes cognitiva, política e ética, que pautam as atitudes dos sujeitos. A seguir, um exemplo da presença da componente funcional, por meio do relato de um entrevistado do H2:

Eu acho que um profissional competente é aquele que tem noções de gerenciamento, tem habilidades de lidar com o público, que é uma parte que não é fácil... tem competência também pra... pra envolver toda uma equipe...a eu acho que é muito...num sei...a área de enfermagem é muito grande...você ser enfermeiro abrange tudo isso que é gerencial, é gestão, é assistência, hoje a gente percebe que alguns hospitais são mais voltados pra gestão, auditoria, gerenciamento. (E16-H2)

Percebe-se, no relato abaixo de um enfermeiro do H1, a componente cognitiva:

É o profissional que corre atrás, está sempre estudando, que tenta aprender cada vez mais, que se envolve realmente no processo de conscientização, que quer aprender cada vez mais...(E03-H1)

Na concepção de Zarifian (2001), a competência profissional é uma responsabilidade do indivíduo em manifestar que é capaz de trabalhar de forma cooperada, tendo criatividade, iniciativa e resolvendo problemas, sempre querendo aprender com as situações reais. Dessa forma, pode progredir e ser reconhecido profissionalmente, como se pode observar nos relatos, de entrevistados de ambos os hospitais:

Profissional competente pra mim é aquele que sabe relacionar com os outros, né... com o paciente, com as pessoas de casa, com os seus colegas. É aquele também que administra é... o seu tempo visando o que é prioridade naquele tempo que ele tem, né... e executar suas tarefas tanto burocráticas quanto rotineiras de maneira sábia. O que é sábio...é realmente vê o que é prioridade. O momento oportuno para falar as coisas. O momento oportuno para fazer as coisas, é... ser uma pessoa pró-ativa, uma pessoa que ela busca seu conhecimento tanto na esfera científica quanto na profissional...é...profissional... e buscar se dá oportunidade para amadurecer mesmo com os momentos difíceis que eu acho que influencia muito na profissão, no crescimento da sua profissão e também no crescimento pessoal. Não adianta achar que a gente vai separar, porque uma coisa reflete na outra, né... (E08-H1)

Ah... Eu acho que é alguém engajado, empenhado de dar o melhor de si. Tentar extrair a missão do lugar que ele está, trabalhar de forma a dar o melhor que ele pode dar. Existe gente displicente do trabalho, não faz o que deve fazer. É ser bom na prática, dar o melhor sempre. É o profissional disponível, disposto. Eu acho que é mais ou menos por aí. (E25-H2)

Em relação a como deve ser um profissional competente na área da saúde, especificamente, na opinião dos entrevistados, mais da metade dos entrevistados no H1 (7 deles) entendem que é um profissional que tenha aprendizagem, seguida de atitude considerada por metade deles (6 deles). No H2, 7 dos respondentes consideram tanto a administração/gerenciamento e a atitude predominantes; e há também 6 deles que consideram a aprendizagem importante. Portanto, 13 enfermeiros do total de entrevistados acreditam que a aprendizagem e a atitude são competências que um profissional da área da saúde deve ter, o que, segundo o modelo de Paiva (2007), condiz com as componentes cognitiva, política e ética. Houve um número expressivo no total de entrevistados (10 deles) que reputam que administração/gerenciamento são necessários, enfocando a componente funcional (TAB. 6).

Tabela 6 - Profissional competente na área da saúde, por hospital e total, na percepção dos entrevistados

Respostas	H1		H2		Total Geral
	Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
2-Aprendizagem	E02, E03, E05, E06, E10, E11, E12	7	E13, E15, E19, E20, E24, E25	6	13
3-Atitude	E04, E05, E06, E08, E09, E12	6	E14, E15, E19, E20, E22, E24, E25	7	13
1-Administração e gerenciamento	E07, E09, E12	3	E14, E15, E16, E20, E21, E23, E25	7	10
4-Comprometimento	E06, E09	2	E15, E19, E22, E25	4	6
7-Liderança	E11	1	E16, E25	2	3
8-Tomada de decisões	E04	1	E18, E21	2	3
5-Comunicação	E07	1	E25	1	2
9-Visão estratégica		0	E20, E21	2	2
6-Criatividade		0		0	0
Outras: Dinamismo		0	E21	1	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

Os relatos abaixo, dos entrevistados de ambos os hospitais, ilustram as percepções sobre a componente cognitiva (PAIVA, 2007), por meio da aprendizagem:

(...) Acho que o profissional tem que ter essa visão, a mente aberta de querer sempre mais conhecimento, e até mesmo o próprio estabelecimento próprio mercado onde você trabalha... oferecer isso ao profissional também porque a gente busca, mas muitas vezes não é valorizado na parte de enfermagem (...) (E10-H1)

Sempre atualizando, sempre é buscando, estudando e tal pra né, pra ser competente. (E13-H2)

Em relação às componentes cognitiva, política e ética (PAIVA, 2007), representadas pela atitude, de acordo com os entrevistados do H1 e do H2, notem-se os comentários abaixo:

É aquele profissional que não comete negligência né, porque a negligência acontece muito, pra mim um profissional competente é isso aquele que vê a situação acontecendo e ele quer resolver... né simplesmente deixar passar, falar assim: ah não, não tem jeito mesmo e deixa passar, então para mim na área da saúde é essa forma. (E04-H1)

Bom, eu acho que o profissional competente ele tem que ser um conjunto né, ele não pode ter somente teoria né ele tem que ter conhecimento técnico científico, mas tem que saber aplicar esse conhecimento técnico científico na prática né e todo profissional que é bom ele tem que ser um bom administrador né você tem que trabalhar com metas, primeiramente planejamento, metas e o profissional completo é aquele que tem uma visão

estratégica é aquele que enxerga além do que ele vê né então assim onde vai tá englobando o que... é postura, questão de ética, de educação né, então esse é um profissional completo e competente (...). (E20-H2)

De acordo com os relatos acima, principalmente do E04 do Hospital 1, a atitude ética faz parte das atividades do profissional da saúde, sendo considerada por Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2006), como respeitar a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, sem qualquer discriminação, ter responsabilização pela promoção do ser humano nas múltiplas dimensões. Em conformidade com o exposto, há também a Constituição Federal, no Art. 1, Inciso III, que assinala “a dignidade da pessoa humana” como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988).

Percebe-se, então, quando se compara a TAB.5 com a TAB.6, que, no H1, a componente predominante é a cognitiva, já no H2, a predominante é a funcional, demonstrando que há uma percepção diferenciada entre os enfermeiros dos dois hospitais.

Em se tratando de como é o relacionamento dos entrevistados com os seus colegas de profissão, percebe-se que a maioria menciona pontos positivos, em ambos os hospitais, havendo, no H1, 6 enfermeiros que consideram bom ou muito bom o relacionamento entre os enfermeiros e 6 que o julgam ocorre de forma tranquila. No H2, 7 enfermeiros consideram bom ou muito bom e 4 julgam ocorrem de forma tranquila. Como ponto negativo, o destaque foi para os conflitos entre os enfermeiros, considerado por 2 do H1 e 5 do H2. No total geral, 13 consideram que é um relacionamento bom ou muito bom e 10 julgam que é tranquilo, o que remete à componente comportamental do modelo adotado (PAIVA, 2007). Essas e outras respostas estão organizadas na TAB.7.

Tabela 7 – Relacionamento entre os enfermeiros, por hospital e total, na percepção dos entrevistados

Respostas	H1		H2		Total Geral
	Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
Bom, muito bom	E01, E02, E06, E08, E11, E12	6	E13, E16, E22, E23, E24, E25	7	13
Tranquilo	E01, E03, E05, E06, E07, E11	6	E13, E15, E16, E17	4	10
Há conflitos	E04, E10	2	E18, E19, E20, E21, E26	5	7
Com respeito	E01, E04, E10	3	E23	1	4
Sem problemas	E09	1	E14, E16, E17	3	3
Profissional		0	E13, E20	2	2
Ótimo	E09	1	E14	1	2
Divergências entre o turno da noite e do dia		0	E18, E19	2	2
Sadio	E02, E06	2		0	2
Unidos	E07	1	E14	1	2
Com confiança	E10	1		0	1
Aberto, mas crítico		0	E26	1	1
Evito fofoca	E04	1		0	1
Não tenho o que reclamar	E12	1		0	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

Na visão dos entrevistados sobre a relação entre os enfermeiros nos hospitais do estudo, há a percepção de que é um relacionamento bom, muito bom (13 deles). Observem-se os relatos abaixo:

Eh, eles são bons relacionamentos com os colegas, são relacionamentos sadios. (E02-H1)

Uma relação boa também, uma relação mais profissional também, não é amigo assim de frequentar casa um do outro e tal, mas é uma relação boa, profissional, tranquila. (E13-H2)

Muito tranquila... muito bom...eu nunca tive problema com nenhum deles. (E16-H2)

Em se tratando da outra visão mais apontada pelos entrevistados na TAB.7, de que ocorre de forma tranquila (10 deles), seguem exemplos de respostas de enfermeiros de ambos os hospitais (H1 e H2):

Muito tranquilo, não tem muito problema, sou uma pessoa assim que conversa com todo mundo, que brinca com todo mundo, mas quando tem que falar sério eu falo sério né e todos me respeitam e a única coisa que faço aqui assim mais que eu acho que da certo é evitar fofoca, acho que fofoca atrapalha muito. (E04-H1)

Tranquilo, muito bom, não tenho dificuldade nenhuma, são receptivos e eu procuro retribuir de alguma forma... a afetividade que eles me passam, a abertura, o suporte mesmo às vezes na hora que está apertado aqui, que está precisando de ajuda, então, a relação é muito positiva, muito saudável. (E06-H1)

Os relatos a seguir são ilustrativos em relação à percepção dos entrevistados sobre os conflitos entre os enfermeiros, dos dois hospitais:

Muito tranquilo, não tem muito problema, sou uma pessoa assim que conversa com todo mundo, que brinca com todo mundo, mas quando tem que falar sério eu falo sério né e todos me respeitam e a única coisa que faço aqui assim mais que eu acho que da certo é evitar fofoca, acho que fofoca atrapalha muito. (E04-H1)

(...) Então eu posso estar errada né, mas assim eu fico meio com receio, mas assim não deixo transparecer sabe, eu acho que não tô aqui pra competir nada com ninguém estou aqui pra desenvolver e desempenhar o meu trabalho então assim não me importo o que você acha ao meu respeito né, desde que eu não tô ferindo né a ética a bioética e assim respeitando as regras da instituição, eu não estou preocupada com o que você esta achando eu estou aqui pra trabalhar e não ser sua amiga né, porque amiga é sua mãe e seu pai. (E20-H2)

Aberto, mas às vezes crítico, um relacionamento crítico sabe. Ah é igual ao... a idéia de cuidar, a idéia de resolução de situações, tem pessoas que não conseguem ter o mesmo, o mesmo, a mesma visão que eu, o mesmo traquejo que eu, então isso me incomoda sabe, num, eu num concordo com algumas atitudes, mas também não brigo por causa delas não, mas às vezes... eu já fui um crítico mais ferrenho sabe, então eu tô ficando velho ai vai deixando as coisas passar, mas eu já fui um crítico mais ferrenho. (...) (E26-H2)

No tocante ao relacionamento dos entrevistados com os outros profissionais que trabalham no mesmo setor, percebe-se que a maioria, em ambos os hospitais, julga que ocorre de forma positiva, sendo que seis dos enfermeiros do H1 estimam que seja tranquilo e dois que há respeito. No H2, 8 dos entrevistados reputam que ocorre um relacionamento sem problemas, 7, que é tranquilo e 6, que é uma boa relação. No total geral, os enfermeiros consideram que o relacionamento transcorre de forma tranquila (13 deles), outros (9 deles) que é uma relação sem problemas, evidenciando novamente a componente comportamental do modelo adotado. Essas e outras respostas estão sistematizadas na TAB. 8:

Tabela 8 – Relacionamento com os colegas de setor, por hospital e total, na percepção dos entrevistados

Respostas	H1		H2		Total Geral
	Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
Tranquilo	E01, E04, E05, E06, E07, E08	6	E13, E15, E17, E19, E23, E25, E26	7	13
Sem problemas	E11	1	E14, E15, E16, E17, E19, E22, E24, E25	8	9
Bom	E09	1	E14, E18, E21, E22, E23, E24	6	7
Com respeito	E01, E10	2	E13, E24	2	4
Há comunicação		0	E15, E18, E22, E23	4	4
São unidos	E10	1	E18	1	2
Ótimo	E03	1	E20	1	2
Com clareza	E01	1		0	1
Necessita um do outro	E02	1		0	1
Difícil	E02	1		0	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

As respostas são condizentes com o que afirma Marx (2006, p. 96), em que é importante a priorização das “boas relações humanas intra e intersetoriais”, a qualidade da comunicação, “o espírito de equipe”, e o aumento dos padrões éticos, na procura de equilíbrio e relações saudáveis. Observem-se os trechos selecionados das entrevistas que versam que ocorre uma relação tranquila dos enfermeiros, de ambos os hospitais, com os colegas de setor:

Você fala colegas de setor toda a equipe que eu tenho nela... todo mundo... não, é tranquilo eu sou muito clara tanto é que eles falam assim (...) “quando você tem que dar o recado você dá”, do acabou aí esqueci não deixo de pedir por favor, muito obrigado acho que a gente tem que tá sempre... desde o porteiro que eu chego aqui eu dou bom dia e vou até lá em cima e todo mundo me conhece e tal, mas tem hora que é um momento que é do profissionalismo de tá aqui e o é isso que tem que fazer pronto e acabou. (E01-H1)

Bom também, a gente tem, a gente encontra com a secretária mesmo no fim de semana, as que tão de plantão, tranquilo também as meninas informam a gente as coisas, problema que a gente da noite, igual eu não tô acostumada muito com secretária (...) as meninas da higienização também, é bom, tranquilo, elas têm a super... a encarregada delas, qualquer problema também dirige a ela, mas é bom o relacionamento, ascensorista, tanto a portaria e tranquilo. (E23-H2)

A noite nós temos os técnicos, o pessoal da copa, da higiene. Nunca tive nenhum problema não, grave, nunca teve. Existe aquele profissional mais difícil de lidar, mas nunca aconteceu de eu não querer ficar no mesmo ambiente que outro funcionário. É tranquilo... (E25-H2)

Sobre o relacionamento ser “sem problemas”, seguem abaixo exemplos das respostas dos entrevistados tanto do H1 quanto do H2:

Não tenho problema com ninguém, ninguém da equipe. (E11-H1)

Também não tem atrito assim nenhum, o tratamento assim comunicação que eu acho que é o princípio de tudo flui super bem e com minha dupla também né, que a gente trabalha em dupla, é super tranquilo também igual eu falei antes. (E15-H2)

Bom também, igual eu te falei, nunca tive nenhum nada, nenhum estresse, nenhum problema nada, tudo que eu procuro, é e que eu comunico, é resolvido, eu nunca tive nesses [tempo que trabalho no hospital] que eu estou aqui nenhum problema não. (E22-H2)

O “trabalho em equipe” foi detalhado na análise das FIG. 2 e 3, sendo que, na primeira, a opinião dos entrevistados do H1 e do H2, na maioria, se relaciona à descontração entre a equipe, mas que isso não ocorria na instituição (6 deles), que é importante aprender a trabalhar em equipe (6 deles), à falta de tempo para sentar e tomar um café ou almoçar (5 deles), que isso ocorre entre os enfermeiros, quando o plantão (da noite) está tranquilo (3 deles), e que parece a enfermeira cobrando algo do médico (2 deles).



Figura 2 – Profissionais no café

Fonte: Gettyimages (2009)

Observem-se os relatos a seguir:

Isso aqui é descontração, assim também... Acho que também, eu nunca percebi, porque todo mundo está tão preocupado em, nas suas obrigações, que eu acho que nem daria tempo também, cafezinho, essa descontração

toda, parece quase sei lá está discutindo sei lá, algum caso clínico eu particularmente nunca vi. (E11-H1)

Me parece duas pessoas discutindo ou um caso ou discutindo um caso, ou vendo qual a melhor decisão, acho que isso é trabalho em equipe. A gente tem que aprender a trabalhar em equipe, tem que saber aprender junto com os colegas, num ter receio de perguntar de se informar, ter humildade pra aprender . (E04-H1)

Tomando um café. Não, igual como eu trabalho a noite tem as técnicas de enfermagem e a gente, as meninas comem correndo, no lugar que dá, mas tranquilo assim comendo não... tomando um cafezinho conversando... não. (E23-H2)

Na FIG. 3, o trabalho em equipe também é evidenciado, mas de forma negativa, considerado por 7 dos entrevistados do H1 e 6 do H2, evidenciando que isso não ocorre nos hospitais do estudo, por falta de tempo, porque o atendimento da equipe ao paciente é fragmentado, e que há insatisfação com o local de trabalho.



Figura 3 – Equipe multiprofissional e paciente

Fonte: Gettyimages (2009)

Podem-se perceber tais aspectos negativos em diversos relatos, como os selecionados a seguir:

Ah, deixa ver se eu entendi. Todo mundo contente? Não acho que não, não, nem todo mundo tá contente não, não sei se é isso... Eh com certeza uma propaganda de todo mundo néh, que todo mundo trabalha muito bem, contente com o que trabalha. (...) Por que não, porque todo mundo reclama de tudo, então não, ninguém está contente, porque senão ninguém ia reclamar. (E09-H1)

Todo mundo junto, tranquilo, também não, felizes da vida. Não que todo mundo trabalha mal humorado e não sei o que, mas é como eu disse, cada

um assim na sua função, que como você vê todo mundo junto felizes, a gente não tem esse contato entendeu, é muito corrido. Eu acho isso. (E11-H1)

Não, só se for de dia, a noite também não, todo mundo tirando uma foto, sei lá aparecer no jornal da [nome do hospital], alguma coisa assim, não, só se for no dia na noite não. (E23-H2)

Todo mundo trabalhando com todo mundo, isso aqui é meio complicado. (risos). Ah tem mais... aqui eu vejo que é muito estratificado sabe, cê tem os estratos de conduta aqui, de trabalho, pode até em outros locais cê ter isso, cê ter todo mundo trabalhando junto, CTI faz isso, CTI tem todo mundo lá trabalhando, fisioterapeuta, médico, é psicólogo tá lá o tempo todo, pessoal da enfermagem trabalha todo mundo junto, uma grande família trabalhando junto, aqui não, aqui fora é mais complicado, então num tem, fisioterapeuta faz o trabalho dele vai embora, não para pra conversar sobre o cliente, sobre atendimento, sobre, pedir informação como o cliente tá, como o cliente tá... (E26-H2)

Percebe-se então, por meio das referidas figuras (2 e 3), que o relacionamento dos enfermeiros entrevistados com a equipe é permeado por dificuldades, dentre elas a má comunicação, o que gera uma assistência fragmentada ao paciente, já que cada profissional realiza um procedimento e não comunica ao outro que também assiste aquele paciente, podendo comprometer a qualidade do serviço prestado e a melhora do doente. Note-se, assim, a dificuldade de manifestação e, portanto, do desenvolvimento das componentes comportamental e política, com impactos na funcional. Corroborando essa afirmação, Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2006) ressaltam que o clima desfavorável no ambiente hospitalar tem contribuído progressivamente para a geração de uma assistência fragmentada e, cada vez mais, desumanizada.

Em relação à convivência com os superiores, no H1, a metade dos entrevistados julgam que o relacionamento com a coordenadora e as gerentes é tranquilo e 4 deles afirmaram que não há nenhum problema nesse relacionamento. No H2, a opinião é a mesma, ocorrendo uma inversão: 7 deles consideram que não há nenhum problema no relacionamento e 5 que este se dá de forma tranquila. No total geral, há um “empate” de opiniões, pois os entrevistados consideram que a convivência acontece de forma tranquila (11 deles) e que não há nenhum problema (11 deles), como se pode observar na TAB. 9.

Tabela 9 – Relacionamento com os superiores, por hospital e total, na percepção dos entrevistados

Respostas	H1		H2		Total Geral
	Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
Tranquilo	E01, E04, E05, E07, E08, E10	6	E14, E15, E17, E25, E26	5	11
Não tenho nenhum problema	E01, E04, E10, E11	4	E13, E15, E16, E17, E19, E21, E25	7	11
Bom	E09, E11	2	E13, E19, E22, E24	4	6
Há diálogo	E10	1	E15, E17, E18, E21	4	5
Muito Bom	E02, E03	2	E21, E26	2	4
Há respaldo		0	E17, E18, E21	3	3
Ótimo		0	E18, E20	2	2
Com respeito	E02	1	E26	1	2
Saldável	E06	1	E20	1	2
Pouco contato	E12	1	E25	1	2
Tem de ter jogo de cintura		0	E16	1	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

Percebe-se que há uma preocupação em não se ter problemas com os superiores (11 deles). Seguem-se os relatos que pautam tal análise:

Também não tenho problema algum (...). (E04-H1)

Também é tranquilo, não temos divergências, quando precisa conversar você é chamado, não tem aquela coisa de assunto surge, não acontece isso não. Chamam você são claros, vamos conversar, não tenho problema nenhum com superiores, até são muito presentes. (E10-H1)

Nunca tive problema, sempre bom, assim a gente tem um relacionamento aberto, a coordenação daqui ela é muito boa. Eu acho, nos hospitais que eu já passei, que ela até é a melhor, que ela é muito presente, ela quer saber o que tá acontecendo pra te ajudar a resolver, não tive problema também com a coordenação desde quando eu tô aqui. O relacionamento é muito bom, muito aberto, sabe. (E21-H2)

Há alguns relatos demonstrando que os enfermeiros do plantão da noite têm pouco contato com as coordenadoras e gerentes, e que este ocorre normalmente pelo telefone, tanto no hospital 1 quanto no hospital 2, mas, mesmo assim, é considerada uma boa relação com a coordenação. Rememora-se que o resultado da pesquisa de Hausmann e Peduzzi (2009) apresentou o mesmo resultado: uma coordenação que é referida apenas no que tange à dimensão de controle, não sendo mencionadas ações importantes, como a promoção de reflexão e de discussão sobre a prática, com base no acompanhamento diário de trabalho.

Olha, igual eu te falei...tem pouco tempo que eu tô aqui...e eu trabalho à noite...a gente tem contato muito com a gerência é...nessa passagem de plantão né, quando ela tá aqui a gente tá chegando...e é aberto né...quando a gente encontra aqui na parte da noite com a gerente, a gente tenta trazer ao máximo os pontos que a gente quer discutir...o que que tá acontecendo. (E12-H1)

Também é muito tranquilo. A gente tem mais o contato por telefone né por ser noturno, conversamos todos os plantões que a gente tá, tem esse contato, é orientação e qualquer problema que a gente tenha também, a gente tem o telefone pra ligar e conversar, pode ligar qualquer hora que eles tão sempre disponíveis, então acho que a gente é bem assim, como que fala, bem assistido eu acho, e assim a gente sabe que pode contar com alguém qualquer problema maior assim que a gente não consiga resolver então é muito boa também, essa comunicação. (E15-H2)

Note-se que, no relato abaixo, sobre o relacionamento dos entrevistados com os superiores, há menção das habilidades pessoais que envolvem os jogos políticos, necessários ao indivíduo, à profissão e à organização (PAIVA, 2007), sendo representado aqui pelo “jogo de cintura”:

Nenhum...muito menos...a...igual aquilo que eu te falei né...acaba tendo que (risos) ter um jogo de cintura pra num... num estressar sabe... porque tem uns que são super difícil de lidar, tem aqueles que são mais velhos, que trabalham aqui a trinta, quarenta anos...já tem aquela cultura mesmo formada...que eles já são donos de tudo...mas aí a gente tenta ficar mais tranquila...ter jogo de cintura...pra não ter problemas. (E16-H2)

Quando questionados sobre como é o relacionamento com os subordinados, a maioria respondeu em relação aos auxiliares/técnicos em enfermagem. Mostra-se, na TAB. 10, o que os entrevistados estimam sobre o relacionamento com os outros membros da equipe de enfermagem, mantendo em ambos os hospitais, na maioria das respostas, percepções positivas. No H1, 3 entrevistados consideram que essa relação ocorre de forma tranquila, condizente com os pesquisados do H2, em que 5 têm essa mesma percepção e seis acham que não há nenhum problema. No total geral, a maioria (8 deles) considera que o relacionamento é tranquilo e 7 que não há nenhum problema, evidenciando novamente no trabalho do enfermeiro a componente comportamental (PAIVA, 2007).

Tabela 10 –Relacionamento com os auxiliares/técnicos em enfermagem, por hospital e total, na percepção dos entrevistados

Respostas	H1		H2		Total Geral
	Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
Tranquilo	E01, E04, E05	3	E13, E15, E17, E25, E26	5	8
Não tem nenhum problema	E04	1	E15, E16, E17, E19, E22, E25	6	7
Bom	E12	1	E13, E21, E22, E24	4	5
Muito Bom	E02	1	E18, E19, E23, E26	4	4
Com respeito	E10	1	E19, E26	2	3
Profissional	E05	1	E19, E20	2	3
Ótimo	E03	1	E20	1	2
Há comunicação		0	E18, E26	2	2
Levo com bom humor	E04	1		0	1
Às vezes tem problemas		0	E14	1	1
Como colegas		0	E15	1	1
Há uma dependência		0	E19	1	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

De acordo com Marx (2006), o bom relacionamento no trabalho é condição absolutamente necessária para conseguir resultados, por julgar que o trabalho realizado em um ambiente harmônico contribui para uma redução do estresse representado para a enfermagem, estimado como aspecto essencial, pelas próprias características inerentes à profissão. Notem-se os comentários abaixo dos entrevistados de ambos os hospitais sobre o relacionamento tranquilo e sobre não haver problemas no relacionamento, principalmente no H2:

É muito tranquilo né, eu acho que por mais que a gente passa dificuldades né, aqui dentro às vezes igual questão de falta de material, falta de pessoal, acho que bom humor, você vim trabalhar com bom humor é a melhor forma da gente levar o dia a dia nosso aqui dentro que é um local de estresse, é um local de tensão né, a gente tem que tá tendo muita atenção o tempo inteiro, então assim é o bom humor, então acho que o bom humor acaba influenciando nisso tudo aí, então não tem nenhum problema. (E04-H1)

Muito assim... é tranquilo posso dizer, não tem atrito, a comunicação flui bem o *feedback* que eu dou pra eles quando eu vejo algo de errado eles acatam bem, crítica né? Uma crítica pra eles assim crescerem, não fazer nada errado pra não causar nenhum dano pro paciente, mas assim na minha equipe é bem tranquilo, eles não têm essa visão de chefe não sabe, tem a visão mais de um colega mesmo assim, mas sabendo que é um líder que tá ali pra exercer o papel do enfermeiro mesmo, mas eles veem de uma forma bem tranquila. (E15-H2)

Tudo, não tenho problema nenhum... (E17-H2)

Eu sou muito difícil de não me dá bem com pessoas sabe, mas quando não me dou bem, não dou bem mesmo, não tem jeito sabe, mas com todo

mundo muito tranquilo, eu acho muito tranquilo e aí igual eu te disse que eu tenho, eu, eu, o pessoal tem meio um pavor de mim, mas eu, houve um tempo que a exigência era maior, eu exigia mais das pessoas sabe (...)
(E26-H2)

Percebe-se, na fala de 2 entrevistados, um de cada hospital, que há uma valorização deste profissional, técnico em enfermagem, devido à importância deste dentro da equipe de enfermagem:

(...) parte de enfermagem a gente se coloca como iguais, até mesmo posso dizer os técnicos eu não trato eles diferentes hora nenhuma, eu considero muito o trabalho deles, sei da importância deles, dos médicos também e dos outros profissionais, cada um com sua obrigação, então quando você sabe diferenciar essas coisas o respeito ali é mútuo (...). (E10-H1)

(...) eu valorizo mais os meus técnicos que o médico que tá ali comigo no setor atendendo, o plantonista, por exemplo, porque é... eu dependo deles pra trabalhar, o andar... se eu é... faltar o andar vai andar, vai continuar andando, se os meus técnicos não vierem... eu falo meus assim, eu trato eles com muito carinho sabe... assim se os técnicos do andar onde eu estou supervisionando não forem, eu não vou dar conta (...). (E19-H2)

Rememorando, há, na equipe de enfermagem, uma divisão hierárquica, ou seja, o enfermeiro, o técnico em enfermagem e o auxiliar em enfermagem, sendo o primeiro o responsável direto pelas outras duas funções. De acordo com a Lei 7.498/86 (que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências), no Art. 15º, as atividades exercidas pelos profissionais auxiliares/técnicos em enfermagem quando exercidas em instituições de saúde, privadas e públicas, e em programas de saúde, somente podem ser exercidas sob orientação e supervisão de Enfermeiro. Percebe-se, nas falas abaixo, que há conflitos dentro da equipe de enfermagem, relacionados às componentes funcional e política:

Bom...bom...tem sempre alguns que...que...não que você bate de frente, mas que tem um gênio mais forte ou tem mais atitudes são mais...é...né...como é que eu vou falar...a questão de comportamento, mas no geral o relacionamento é bom.(E12-H1)

Com os técnicos? É... às vezes tem alguns problemas né, mas eu acho que não foge do que, do habitual. Às vezes a gente tem problemas com escala, com esse tipo de coisa. Que sempre que não dá pra agradar todo mundo, nunca dá pra agradar todo mundo, e é uma coisa que gera insatisfação e às vezes a gente tem que... né, discutir pra chegar num consenso, mas eu acho que algo que faz parte mesmo da nossa profissão. (E14-H2)

Eu vejo um relacionamento muito bom, muito melhor do que quando eu formei. Eu acho que é melhor porque... quando saí da faculdade, principalmente, porque eu entrei em dois setores bem complexos, tanto hemodiálise quanto CTI, e a gente já entra num cargo de chefia, não gosto de usar esta palavra, não, mas é o que vem em mente no momento, cê tá numa função, que é uma função muito propícia de ter conflito, pra você vai tá coordenando uma equipe. Técnico de enfermagem, e a gente é um escudo do técnico de enfermagem, a gente é, e se a gente é... a gente tá mais propício a conflitos. E esse conflito pra mim ele foi amenizando ao longo do tempo, porque entrou a questão da maturidade, tanto profissional, quanto pessoal. Hoje eu vejo que é bem melhor, e porque é melhor, por causa disso tudo que eu te falei. Por causa disso tudo.

Um entrevistado relaciona a falta de valorização do enfermeiro e da enfermagem à falta de postura dentro da profissão:

(...) mas ao mesmo tempo eu vejo que poderia levar as coisas mais ao pé da letra, eu acho que deveria ser mais rigoroso, sabe com certas coisas, principalmente questão de postura né, questão de ética eu acho que questão assim de vestimenta sabe, eu acho isso fundamental, a gente até costuma brincar, isso até uma professora minha que formou na primeira escola [nome da escola] e ela sempre fala, quando você vê alguém no corredor, oh fulano, você chega e pergunta minha filha, qual que é seu posto? Enfermagem... cê vê uma (...) vai lá e pergunta, qual que é seu posto? Enfermagem, que valor a gente vai ter? Chupando mexerica no corredor (risos)... [nome da pesquisadora] mas assim... tô errada? Sabe, como que você quer ter valor se você não se dá [nome da pesquisadora], gente... aí isso é questão de educação, eu acho que é berço né, não tem como você mudar uma coisa assim, você tá acostumada 28 anos da sua vida, e você vim trabalhar comigo e eu ficar te cobrando todo dia... (E20-H2)

No que diz respeito ao relacionamento dos entrevistados com os pacientes e familiares, há menção de aspectos negativos nessa convivência, ocorrendo notadamente com os enfermeiros do H2, que é o hospital que atende particular. No H1, mantém-se a percepção de que o relacionamento dá-se de forma tranquila (4 deles), já mencionado nos outros relacionamentos destes e que é ótimo (3 deles). Já no H2, há uma grande diferença relacionada a aspectos negativos: metade dos entrevistados considera que há pressão dos acompanhantes (7 deles), e que é uma boa relação com o paciente (5 deles). Na avaliação do total geral, ainda se tem um aspecto positivo, pois 8 julgam que é tranquila a relação com paciente/familiar, evidenciando a componente comportamental na interação com tais sujeitos.

Tabela 11 – Relacionamento com os pacientes/familiares, por hospital e total, na percepção dos entrevistados

Respostas	H1		H2		Total Geral
	Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
Tranquilo (com o paciente)	E01, E06, E08, E12,	4	E15, E19, E21, E26	4	8
Tem pressão dos acompanhantes		0	E14, E17, E19, E20, E21, E23, E25	7	7
Bom com o paciente	E09	1	E13, E21, E22, E24, E25	5	6
Ótimo (com o paciente)	E02, E03, E06	3	E14	1	4
Tem de saber levar		0	E17, E21, E22, E23	4	4
Boa comunicação	E07, E10	2	E15, E18	2	4
Muito bom	E10	1	E18, E19, E20	3	4
Não tem nenhum problema	E11	1	E15	1	2
Eles acham que sou brava	E01	1		0	1
Com retribuição	E06	1		0	1
Harmonioso	E10	1		0	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

Percebe-se que a diferença que há de relacionamento está diretamente relacionada ao tipo de atendimento que o hospital realiza e, conseqüentemente, ao tipo de cliente que se trata nesses hospitais. Nota-se que, no hospital que atende ao SUS (H1), há horário de visita e o contato dos entrevistados com os familiares é menor, o que não é a realidade do hospital 2 que realiza atendimento a pessoas que têm convênios ou que pagam particular. Seguem os relatos que exemplificam como é o relacionamento dos enfermeiros com os pacientes e familiares, em ambos os hospitais, observem-se os relatos dos enfermeiros do H1:

Tranquilo também, eles são assim, eles retribuem pra gente mais do que a gente doa, é ótimo, muito bom. (E06-H1)

(...) É aberta mesmo a visita aqui, o familiar tem abertura, tem o horário que ele pode vir te questionar, querer saber tudo do paciente, lógico que o paciente é a primeira pessoa a saber de todo o quadro dele, se ele quer dividir a gente está aberto pra escutar todas as perguntas e responder, então isso fazer ter uma interação entre profissional paciente e família muito boa. (E10-H1)

Não tenho problema com ninguém... Esses familiares ficam aqui tão pouco, mas não tenho também não. (E11-H1)

Os relatos dos enfermeiros do H2 são mais extensos:

É ótimo. Aqui, por ser [nome do setor] eu acho que tem uma pressão muito grande, né dos pacientes, dos acompanhantes em cima da gente. Então

aquela questão assim “eu tô pagando” e isso às vezes estremece o relacionamento entre os acompanhantes, não com os pacientes, mas com os acompanhantes aqui a coisa é complicada. (E14-H2)

É... também muito bom, é... eu sou muito pelo paciente e pela enfermagem, então, às vezes, eu confesso que já andei brigando muito com acompanhante por causa da enfermagem (...) eu sempre tô pensando no paciente, mas familiar e acompanhante de hospital, às vezes, dá uns probleminhas sabe, sendo muito sincera às vezes a gente até brinca que se pudesse não vinha acompanhante com paciente (...) não entende nada quer tentar resolver e às vezes a gente tá vendo que não é o melhor pro paciente e tal, é... mas é super tranquilo, dificilmente eu tenho problema, mas já tive muito, já briguei muito com acompanhante, já discuti, pra tentar é... fazer o melhor pro paciente e pra equipe né. (E19-H2)

É 90% né, têm alguns acompanhantes assim que são insuportáveis, esse é o termo, “ah eu pago seu salário”, eu não fico calada, opa pera aí cê paga meu salário não, você paga o plano de saúde, porque quem paga o meu salário, é o [nome do hospital] porque eles acham que por ser particular, que eles têm direito de subir a hora que quer né, trazer o que quer pro hospital, que eles podem ter relação sexual aqui dentro (...). (E20-H2)

É porque sempre tem né, sempre tem aquele paciente é, que a gente, ele é mais, não ele é mais exigente não, ele é mais assim, ele cobra coisa que não tá a sua, ao seu alcance né, então tem situações que você não consegue resolver de imediato, ele acha que é função do enfermeiro, você é responsável, você tem que resolver aquilo pra ele, e tem situações que você não consegue resolver de imediato, né, fim de semana, ah eu quero trocar a minha cama, você não consegue fazer isso em determinado momento, e nem na realidade você, o enfermeiro ele acaba assumindo funções que não é dele fazer (...). (E22-H2)

É outro paciente (risos), é tem uns que dão mais trabalho que o paciente, porque eu não sei, já teve gente vim atrás de mim pra falar assim “ah porque aqui só tem uma cadeira pra eu sentar como eu vou fazer pra dormir?” e eu já falei mesmo “cê não tá aqui pra dormir, tá aqui pra acompanhar o paciente, o paciente tá no leito dele, ele tem que estar descansado, mas agora você tá aqui pra acompanhar o paciente se ele precisa de acompanhante é porque cê tem que ficar durante a noite vigiando ele, cê não veio pra dormir aqui, cê veio pra acompanhá-lo, então você precisa realmente é de uma cadeira pra você sentar e ficar vigiando ele.” Tem uns que são muito difíceis e como aqui é a parte de convênio eles acham que tão num hotel (...) conduta médica, eu não posso fazer nada, a gente ouve muita reclamação disso, principalmente conduta médica. Não posso fazer nada, eu nem vejo médico, eu trabalho à noite, médico vai passar amanhã de manhã, nem sei que horas, alguns eu nem conheço, então com familiar é a coisa que a gente mais tem que ter jogo de cintura, principalmente que assim, cê tem que deixar claro, mas ainda tem que ter um jogo de cintura porque pode ser muito melindroso aí chega uma reclamação na coordenação que não é bem o que aconteceu e aí é complicado. (E23-H2)

Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2006) refletem sobre o relacionamento com os outros profissionais da instituição e com os pacientes e familiares:

(...) a filosofia da instituição hospitalar necessita convergir para a construção de estratégias que contribuam para a humanização do/no trabalho, mediante o estímulo à participação e à comunicação efetiva, com qualidade em todas as suas dimensões: na relação da administração com os trabalhadores, dos trabalhadores entre si e desses com os pacientes. Por consequência, faz-se necessário incentivar a horizontalidade nas relações, pautada na liberdade de ser, pensar, falar, divergir, propor (BACKES, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2006, p. 134).

A FIG. 4 foi relacionada pela maioria dos entrevistados do H1 (9 deles) como relação do profissional com o paciente, criando vínculo, havendo a humanização da assistência. No H2, essa percepção foi menor (7 deles).



Figura 4 – Profissional e paciente
Fonte: Gettyimages (2009)

Observem-se os relatos:

(risos) isso é o que a gente faz o acolhimento a ponto de tá brincando você vê que tá fazendo exame aqui e que tá mostrando uma cara boa é uma forma de proximidade tá de frente a frente. (E01-H1)

É eu falei isso antes, é a interação com o paciente, eu tenho hoje aqui 25 neonatais, 25 crianças, somos 4 enfermeiros envolvidos agora pela manhã, nesse processo de cuidado, e tem esse envolvimento, tem esse carinho, tem essa compreensão das aflições dessas mães dessas pessoas que estão aqui dentro, então acho que o envolvimento, a gente tem um envolvimento profissional sim, mas independente disso há um envolvimento físico, sei lá emocional com essas pessoas sim, e isso faz bem pra gente,

gera uma confiança muito maior, gera um estado de gratificação muito melhor com essas mães com essas crianças, eu acho que é gratidão pelo que eu sou e pelas pessoas que estão aqui. (E03-H1)

Existem médicos que tratam crianças assim, vem no caso tem um cuidado né, outros às vezes não têm esse cuidado, nem esse carinho todo pra cuidar não, às vezes nem é questão de negligência nem nada, vem trata da criança mas não tem esse carinho no olhar ao avaliar a criança né. (E04-H1)

(risos) Eu acho que graças a Deus a saúde tá sendo humanizada, é claro que existem exceções, muitas, mas a gente vê isso acontecendo sim, né o médico é trat... vendo o outro ser humano como ser humano mesmo né, não se vendo como Deus, eu acho que graças a Deus tá mudando, eu falo médico porque eles tão com cara de médicos, mas pode ser o enfermeiro também, o enfermeiro às vezes executando o trabalho burocrático. É... vão colocar o enfermeiro, aqui no caso se fosse o [nome de um enfermeiro] né, graças a Deus o enfermeiro também tem mudado, que é tanta coisa de papel pra gente resolver que, às vezes, a gente esquece de dar um bom dia, de passar na corrida de leito e perguntar como a pessoa tá, como é que ela se sentiu, come que passou a noite, acho que... é isso... (E19-H2)

Houve relatos dos entrevistados do H2 (E13, E15, E17 e E19) sobre a relação destes com uma profissão específica, os médicos, em que se pode verificar que há uma boa relação e que ocorre de forma tranquila. Uma enfermeira julga que companheirismo e educação contribuem para um bom relacionamento, mas percebe-se também um tom de submissão, que reporta à competência política, que envolve a relação de domínio profissional na saúde:

Bom, é até muito bom, mas eu sou assim muito tranquila, eu sou o tipo de enfermeira que... eu sou extremamente educada, é... eu sempre quando ligo pro médico eu ligo é... as meninas até falam “ai você é educada de mais” então a partir do momento que eu vou com muita educação, é... às vezes o médico que é mais ríspido já quebra a perna dele, então toda... ah precisa de alguma coisa “o doutor desculpa te incomodar eu tô precisando disso, é... você poderia por gentileza fazer pra mim?” na verdade é pro paciente, na verdade eu tô ali pedindo mais do que obrigação pro médico, mas eu não chego assim “aqui você esqueceu de fazer a folha de antibiótico, você faz porque você esqueceu.” “Você poderia por gentileza fazer por mim uma coisa e tal, não sei o que?” então, assim nunca tive problema nenhum sabe, com médico graças a Deus meu relacionamento é bom e isso não me... é não me diminui [nome da pesquisadora], assim eu não me sinto diminuída por é... ter que ser educada demasiadamente pra trabalhar com os médicos, eu entendo que desde os primórdios, como eu te falei já tá mudando muito isso, mas não é uma coisa que a gente vai conseguir mudar da noite pro dia, esse relacionamento entre médico e enfermeiro né, então eu acho que partir do momento que você é humilde e educado a pessoa já te recebe de outra forma sabe, e isso não me incomoda, ter que ser assim pra trabalhar com os médicos, talvez com qualquer outro profissional eu consiga... eu não precise ser tão cuidadosa assim, mas com os médicos eu procuro ser o máximo possível, pra evitar estresse, porque eu sei que se o médico não for com minha cara quem vai ser prejudicado é o meu paciente, então eu penso primeiro é no paciente, se eu tiver que pedir por favor, desculpa por tá te ligando porque o senhor esqueceu de prescrever o antibiótico, eu faço isso tudo sabe, mas é

tranquilo é super bem resolvido, tem enfermeiros que falam “a não cê tá ligando pro plantão, porque que você pede desculpa de tá incomodando?” eu falo “ué minha filha por isso que até hoje nenhum plantonista falou comigo não, não vou te atender”, já aconteceu com outros enfermeiros de falar não, “não vou olhar esse paciente não que não sei o que”, pela forma que o enfermeiro foi e chamou (...) (E19-H2)

Notou-se, por meio da FIG. 5, a presença novamente da componente política na relação dos enfermeiros com os médicos do H2, demonstrando uma dificuldade de relacionamento e de posicionamento desses enfermeiros.



Figura 5 – Um profissional no corredor
Fonte: Gettyimages (2009)

Observem-se os conteúdos referentes à assimetria de poder nos relatos que se seguem:

Esse me lembra um médico cansado que você chama ele no plantão e ele demora pra vim quando você chama e te questiona “por que?”. Sendo que é obrigação dele ir lá atender e ele tá cansado né, trabalha em vários lugares e chega aqui tá morto de cansaço, mas como se diz o paciente não tem culpa, muito menos a enfermagem e ele tem que trabalhar. É isso. (E14-H2)

Médico esperando. É... Talvez sentado mesmo, esperando o enfermeiro trazer alguma coisa ou resolver alguma coisa. (E25-H2)

Houve um relato de um enfermeiro do H2, demonstrando a insatisfação com a profissão e a valorização de outra, o médico, novamente aparecendo a componente política.

Já vi gente falando que “ah responsável de enfermagem vou arrumar outra área, vou sair fora”, já tem uns que fala que vai fazer medicina, porque ser enfermeiro não tá com nada, o negócio é ser médico mesmo, é ele que manda, é ele que tem a palavra, é... eu vejo técnico de enfermagem “mas eu não faço faculdade de enfermagem nunca na minha vida, vou fazer qualquer outra coisa, mas eu não faço” a insatisfação tá grande (risos), muito grande! (E23-H2)

Sobre a insatisfação com a profissão, houve 3 relatos sobre a questão salarial, sendo esta considerada insuficiente e injusta, e novamente comparada com a do médico, valorizada e reconhecida, tanto profissional, quanto financeiramente. Notem-se dois relatos abaixo, de entrevistados de ambos os hospitais:

Hoje a gente vê são vários enfermeiros que são especialistas, só que essas especializações ela não tem valor, ele só diferencia curricular, então acho que até mesmo, as empresas tinham que diferenciar isso também, por que isso ia ser, como posso falar, o enfermeiro ia receber, igual eu hoje estou aqui no CTI, fazer especialização em terapia intensiva procurar outros cursos, só que hoje na parte hospitalar não tem muito essa valorização. Pra você entrar no hospital lógico que tem, mas depois que você está aqui dentro ainda não é muito valorizado em termo de assim, eu falo beneficiar mesmo tanto por parte tanto financeira, que ainda não tem não volta muito do dinheiro que você investe você não tem esse retorno, porque hoje uma especialização é cara, a gente pode considerar muito cara, então eu acho que tinha que ter essa mudança no mercado. A parte médica eles têm o retorno, se especializa isso valoriza ele, lógico que em conhecimento, mas também financeiramente, é igual à enfermagem a gente tem o conhecimento mas não é valorizado financeiramente, então acho que isso também contribui um pouco, até muito, pra ter uma baixa adesão de os enfermeiros procurarem se especializar, novos conhecimentos... porque ele entra, meu amigo fez, o salário dele é o mesmo do meu, não diferenciou até hoje, a assistência que ele presta eu também presto, só que ele não está vendo pelo lado do conhecimento, por isso que eu acho que tinha que ter uma diferenciação, nem que seja um benefício pra ele, ele é especialista? Não ele tem que ser diferenciado, lógico que ele tem que fazer por merecer também e mostrar o que ele aprendeu, então eu acho que ainda falta isso na parte de enfermagem. (E10-H1)

(...) e até mesmo porque pelo salário ninguém faz enfermagem mais. (E16-H2)

Percebe-se, na fala do E10, do hospital 1, que não há diferenciação salarial dentro do hospital para o enfermeiro que tem especialização, que busca conhecimento, cursos, demonstrando uma gestão insuficiente perante as qualificações dos enfermeiros e as competências que estes irão aplicar, e estão aplicando, no local de

trabalho. De acordo com Dadoy (2004, p.117), a remuneração das competências “é tradicionalmente o grande problema clássico do reconhecimento da “qualificação””.

A FIG. 6 recebeu comentários diversificados, mas os mais recursivos foram a correria da prática diária, discussão de caso clínico entre médicos, e alguns correndo e outros conversando, citados por entrevistados de ambos os hospitais. Tais ações remetem à componente funcional e comportamental (PAIVA, 2007).



Figura 6 – Profissionais em movimento
Fonte: Gettyimages (2009)

A respeito dessa figura, observem-se os relatos:

A gitação corre corre, muitas vezes a gente se depara com essa figura no dia a dia. (E06-H1)

É...parece uma passagem de algum caso, uma discussão entre médicos, tem sim. (E07-H1)

Uns correndo... outros parados, outros correndo, tem. Esse negócio tem. Essa correria aqui tem o tempo todo. Porque pronto atendimento então não para não. (E09-H1)

Isso aqui eu acho que é a rotina diária, tem parece dois médicos conversando, o pessoal passando, eles discutindo sobre alguma coisa, mais não parece pelo menos (...) mas parece que eles tão comentando sobre algum caso, alguma coisa, ninguém tá com pressa nem nada. Discutindo um caso numa rotina. (E21-H2)

É... eu acho que acontece no cotidiano, tem 2 profissionais discutindo um caso, enquanto outros estão atribulados resolvendo outras... Acontece bastante. (E25-H2)

Portanto, percebe-se uma singularidade nas respostas dos enfermeiros dos dois hospitais quanto ao predomínio das componentes cognitiva e funcional, no entendimento destes sobre um profissional competente. Nota-se que não há menção da criatividade como competência profissional e que os entrevistados relataram pouco a liderança, a tomada de decisões e a visão estratégica, implicando, assim, dificuldades referentes às componentes política, ética e comportamental.

Por outro lado, parte significativa dos entrevistados considera seus relacionamentos dentro do hospital positivos, demonstrando a componente comportamental, mas ao avaliar os dados resultantes da técnica projetiva, nota-se uma assistência fragmentada ao paciente, não ocorrendo uma comunicação efetiva entre toda a equipe (multidisciplinar). Observa-se como justificativa a sobrecarga de trabalho e a carga horária excessiva, mencionadas pelos próprios entrevistados e uma dificuldade de relacionamento, principalmente com os médicos. No hospital 2, houve um destaque na dificuldade dos enfermeiros em se relacionar com os familiares dos pacientes.

4.3 A gestão de competências, segundo os enfermeiros entrevistados

Convém rememorar o conceito de gestão de competências de Paiva (2007), adotado nesta pesquisa: trata-se de todos os esforços organizacionais, sociais, coletivos e individuais, em prol da formação e do desenvolvimento de competências e metacompetências, fundamentadas na reflexão do sujeito na sua própria ação e sobre esta, gerando resultados em termos macro, micro e parciais, visualizados pelo indivíduo e por terceiros.

A esse respeito, um questionamento realizado aos entrevistados refere-se a como eles fazem para serem competentes. No hospital 1, a metade dos entrevistados (6 deles) estima que é por meio da aprendizagem, seguida por

administração/gerenciamento (5) e atitude (5). No hospital 2, a maioria (9 deles) disse que a competência necessária é a atitude, metade (7) considera a aprendizagem, e 6 citam a administração/gerenciamento. Neste hospital, há uma relevância das competências comunicação (5) e comprometimento (4), amparadas nas componentes ética, política e funcional, conforme o modelo de Paiva (2007). No total geral, observa-se que a atitude (mencionada por 14 dos entrevistados), a aprendizagem (13) e a administração/gerenciamento (11) são as competências utilizadas pelos enfermeiros na sua prática diária. Sendo assim, respectivamente, as componentes que formam as competências profissionais dos enfermeiros dos hospitais 1 e 2, de acordo com o modelo adotado, são: cognitiva, política, ética e funcional. Notou-se, ainda, que 7 entrevistados consideraram o comprometimento como uma competência importante (TAB. 12).

Tabela 12 – Enfermeiro competente de forma geral, por hospital e total, na percepção dos entrevistados, e as componentes correlatas

Respostas	Componentes de Paiva (2007)	H1		H2		Total Geral
		Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
3-Atitude	Cognitiva Política Ética	E01, E02, E04, E05, E09	5	E15, E17, E18, E19, E20, E21, E24, E25, E26	9	14
2-Aprendizagem	Cognitiva	E01, E02, E03, E04, E06, E11	6	E13, E14, E15, E16, E19, E20, E25	7	13
1-Administração e gerenciamento	Funcional	E07, E08, E10, E11, E12	5	E15, E17, E18, E20, E21, E23	6	11
4-Comprometimento	Funcional Ética	E04, E09, E10	3	E15, E17, E22, E25	4	7
5-Comunicação	Funcional Política	E06	1	E14, E18, E19, E22, E24	5	6
8-Tomada de decisões	Funcional	E04	1	E18, E22	2	3
7-Liderança	Comportamental Política Ética		0	E18, E25	2	2
6-Criatividade	Comportamental		0		0	0
9-Visão estratégica	Funcional Política		0		0	0

Fonte: dados coletados na pesquisa

Os relatos abaixo ilustram tais análises:

(...) saber qual é (...) meu limite... é esse, não tô dando conta e quer ajuda, né. E tá sempre buscando leitura demais, estudar por que eu acho que aí a gente vai vendo a questão da competência e, às vezes, você pode querer e não tem a aquela habilidade a competência de estar fazendo algo e essa

competência eu acho que a gente desenvolve. (...) e sempre com humildade. (E01-H1)

Acho que ser competente é você vir, igual eu venho pro hospital, pra trabalhar mesmo, tem gente que vem por vim, eu não, se eu vim pro hospital, pode ser a situação que aparecer eu vou encarar não tem hora, como eu trabalho, pode ser qualquer hora do plantão, se eu precisar passar a noite acordado, eu vou passar, acho que isso é uma competência, e também planejamento faz parte de competência, porque sem planejamento você num local, você fica perdido, você não se organiza, então isso contribui muito pra faltar competência ao profissional. (E10-H1)

Além do estudo eu tô sempre lendo, e eu acho que o dia a dia vai fazendo a gente amadurecer, vai fazendo a gente a perceber os erros pra não cometê-los novamente...eu acho que é com tempo e com estudo...sabe...e eu acho que cada um tem uma habilidade, tem um dom, eu desde um primeiro momento eu escolhi a área da saúde porque...eu sempre identifiquei com essa área, então eu acho que tem que ter isso também, tem que gostar...e até mesmo porque pelo salário ninguém faz enfermagem mais... (E16-H2)

Pergunta difícil... (risos) Olha eu, assim... Cada dia eu tento é... vou me policiando... todos os dias desenvolvo as habilidades que eu te coloquei, assim, é... é dedicação, destreza manual nas atividades que exigem isso, concentração, flexibilidade, paciência, agilidade, cada dia eu aprendo um pouquinho né? Então, eu acho que a cada dia eu vou trabalhando, porque as situações vão me exigindo uma ou outra postura... mas eu penso assim, que a gente vai a cada dia trabalhando, sabe, essas competências todas que eu te coloquei, pra tornar um profissional competente. (E25-H2)

Houve, ainda, relatos em ambos os hospitais em que se identificaram percepções diretamente relacionadas à reflexão por parte do sujeito na e sobre sua ação, tendo apoio conceitual no modelo de Paiva (2007), sendo que esse processo implica aprendizagem permanente e revisão constante no comportamento, tendo em vista formar, manter e desenvolver competências.

Não, ninguém é competente todos os dias porque, desde que somos seres humanos nós somos falhos né, eu procuro melhorar a cada dia, não existe uma pessoa competente 100% né, ninguém é competente 100%, eu acho que nós passamos por aprendizado a cada dia né e a cada dia eu sou aberta a receber o que? Críticas construtivas, pra ver onde eu posso melhorar, onde eu posso crescer. (E20-H2)

Olha, eu acho competência também é muito de personalidade, porque...é uma coisa que pode ser trabalhada. Porque muitas das vezes você tem de saber o que é de sua competência primeiro pra você tentar alcançar esta competência, né? (E07-H1)

No que diz respeito a como o enfermeiro faz para ser competente no hospital em que trabalha, na perspectiva dos entrevistados, no H1, ocorre um “empate” de opiniões, considerando como competências necessárias e de igual importância a administração/gerenciamento (6 deles), a aprendizagem (6) e a atitude (6),

condizente com respostas anteriores (TAB.12), o que demonstra as componentes cognitiva, funcional, política e ética. No H2, quanto às competências mais necessárias, a resposta também é a mesma (TAB.12), sendo que a maioria dos entrevistados (9 deles) disse que é a atitude e 8 consideram a aprendizagem, condizentes com as componentes cognitiva, política e ética; verificou-se, ainda outro “empate” entre a administração/gerenciamento (5 deles) e a comunicação (5), havendo um acréscimo da componente funcional, conforme síntese realizada no QUADRO 3. Note-se, no total geral, que a atitude (15), a aprendizagem (14) e a administração/gerenciamento (11) prevalecem como as competências mais utilizadas pelos enfermeiros nos hospitais em que trabalham. Novamente, as componentes que pautam as competências profissionais dos enfermeiros entrevistados na atuação destes nos hospitais H1 e H2, de acordo com o modelo adotado, e na visão dos próprios enfermeiros, são, principalmente, cognitiva, política, ética e funcional (TAB. 13). Observa-se, ainda, que a comunicação é essencial para o trabalho do enfermeiro (componentes funcional e política).

Tabela 13- Enfermeiro competente no Hospital 1 e no Hospital 2, por hospital e total, na percepção dos entrevistados, e as componentes correlatas

Respostas	Componentes de Paiva (2007)	H1		H2		Total Geral
		Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
3-Atitude	Cognitiva Política Ética	E01, E02, E03, E04, E09, E11	6	E15, E17, E18, E19, E20, E21, E24, E25, E26	9	15
2-Aprendizagem	Cognitiva	E01, E02, E03, E05, E06, E11	6	E13, E14, E15, E16, E17, E19, E20, E25	8	14
1-Administração e gerenciamento	Funcional	E01, E02, E07, E08, E11, E12	6	E14, E15, E20, E21, E23	5	11
5-Comunicação	Funcional Política	E02	1	E14, E16, E18, E19, E23	5	6
4-Comprometimento	Funcional Ética	E01, E09,	2	E15, E25	2	4
7-Liderança	Comportamental Política Ética	E01, E02	2	E18, E25	2	4
8-Tomada de decisões	Funcional		0	E16	1	1
6-Criatividade	Comportamental		0		0	0
9-Visão estratégica	Funcional; Política		0		0	0

Fonte: dados coletados na pesquisa

Confirma-se essa análise a partir de trechos das entrevistas como os apresentados a seguir:

Oh, aqui no hospital a gente precisa saber de tudo um pouquinho, a gente tem que saber lidar com muitas pessoas, porque o ciclo é imenso de pessoas de relacionamento com outros enfermeiros e tem que saber comandar uma equipe grande que são as equipes daqui, são muito grande, então ele envolve também relacionamento, né não deixa de envolver. É saber gerenciar, auditar contas, fazer procedimento... isso. (E02-H1)

De modo geral... bom é... eu acho que conhecimento né, igual eu falei antes, correr atrás, buscar sempre o melhor, atualizar, é se adequar às normas da instituição também querendo ou não, competência aquilo que eu tô fazendo e de acordo com as normas da instituição também pra não fazer diferente (...). (E15-H2)

Como eu estou aqui é... a 1ª instituição que eu trabalho, então eu tento... tento não, a gente procura ser um profissional competente pro local que a gente tá atuando. Então, eu acho que estes valores todos que eu te coloquei, vou tentando desenvolver pro local que eu tô trabalhando... que no caso é aqui. (E25-H2)

Quando os entrevistados foram perguntados sobre as possíveis contribuições do hospital em que trabalham para o desenvolvimento do enfermeiro, no H1, a grande maioria dos enfermeiros abordados (11 deles) julga que o hospital contribui, e apenas um deles considera que contribui pouco. Na opinião dos pesquisados no H2, a adesão é menor, mas a maioria (9) estima que contribui, 4, que contribui pouco e 1, que não contribui. Em relação às contribuições, no H1, a maioria (8) reputa que é por meio do aprendizado que ocorre no hospital, na prática diária, que é pelo fato de eles trabalharem naquele hospital, pois por meio deste, esses profissionais estão se desenvolvendo pessoal e profissionalmente e, conseqüentemente, amadurecendo, já 5 estimam que ocorra devido ao treinamento. No H2, a maioria dos enfermeiros considera as mesmas formas de contribuição do H1, aprendem com o que ocorre no hospital, na prática diária (5) e por meio de treinamentos (4), havendo 4 que consideram também que há estímulo a cursos, estando, assim, presentes em ambos os hospitais as componentes cognitiva e funcional (TAB. 14).

Tabela 14 – Forma de contribuição do Hospital 1 e do Hospital 2 para o processo de desenvolvimento dos enfermeiros, por hospital e total, na percepção dos entrevistados

Respostas	H1		H2		Total Geral
	Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
Contribui	E01, E02, E03, E04, E05, E06, E07, E09, E10, E11, E12	11	E13, E15, E16, E17, E18, E21, E22, E23, E25	9	20
Contribui pouco	E08	1	E14, E19, E20, E26	4	5
Não contribui		0	E24	1	1
Forma de contribuição do hospital					
Aprende com o que ocorre no hospital, na prática diária	E01, E02, E06, E07, E09, E10, E11, E12	8	E13, E16, E18, E23, E26	5	13
Através de treinamentos	E01, E02, E07, E09, E12	5	E15, E16, E19, E21	4	9
Estimula especialização (e cursos internos e externos)	E03, E07, E08	3	E16, E17, E21, E25	4	7
Diálogo com a coordenação/gerência de enfermagem		0	E16, E20	2	2
Reuniões (com a gerência)	E01	1	E15	1	2
Tem respaldo		0	E22	1	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

A metade dos enfermeiros abordados nesta pesquisa (13 deles) considera que o hospital contribui para o desenvolvimento de sua competência, por meio da prática profissional diária, sendo este o local em que se tem a oportunidade de praticar, observando-se nesta resposta a componente funcional. Os resultados demonstram que há pouco investimento de ambos os hospitais no desenvolvimento dos enfermeiros e que, para 14 deles, tais hospitais do estudo são a primeira oportunidade de emprego; sendo assim, verifica-se a importância desse ambiente para a formação e o desenvolvimento das competências dos entrevistados.

De acordo com Zarifian (2001), sobre a gestão de recursos humanos, é de responsabilidade desta um investimento em recrutamento, na política de formação, na identificação de potenciais, nas mudanças da organização do trabalho, nas avaliações, nos projetos individuais e na mobilidade. Os relatos abaixo ilustram os posicionamentos dos sujeitos:

Sim, me dando campo pra eu ter experiência pra desenvolver, né. Me dando essa oportunidade. (E05-H1)

Em relação ao conhecimento, as experiências, o que vai acontecendo em cada plantão, as urgências que vai acontecendo isso ajuda bastante. Que, dependendo das urgências, porque o enfermeiro ele é um administrador né, ele tem que resolver as pequenas coisas, até as grandes coisas, então nisso aí a gente aprende bastante. (E18-H2)

Quanto à contribuição dos treinamentos oferecidos pelos hospitais, que reforçam a componente funcional de suas competências profissionais, selecionaram-se os exemplos abaixo:

Treinamento né deixa a gente liberado para o treinamento. Nós fazemos reuniões com as gerências mensais e por sua vez nós temos autonomia de tá repassando essas reuniões pra nossa equipe de enfermagem. E... e liberdade. Tive que fazer curso fora, de um dia, alguma coisa, a gente tentar articular, a gente consegue. (E01-H1)

Contribui, tem vários treinamentos que a gente participa, recebe convites, é reunião também, sempre que tem mudança a gente é informado chamado, é reunião e treinamento sempre tem, desde que eu tô aqui sempre tá tendo, qualquer coisa que é mudada na rotina do hospital ou que é implementada a gente é comunicado mesmo sendo da noite né, que não tem esse contato assim, mas a gente sempre tá dentro desses cronogramas que eles fazem e aí sempre tem essa participação, então o hospital ele valoriza muito eu acho. (E15-H2)

(...) tem melhorado muito, é... sabe, eu até passei por um treinamento (...) que eu gostei muito, só que eu vou ser sincera, pra nós do noturno é um pouco mais complicado, eu entendo perfeitamente né, que é um horário meio complicado e a gente tá com dois andares, então até pra tirar a gente pra treinamento... Eu vou ser sincera, a gente tá lá no treinamento assim "meu Deus vou chegar lá no andar, o andar vai tá caindo na minha cabeça" sabe, os funcionários ficam loucos (...) antes não tinha nada disso, então eu acho que tá começando a... eu fiquei super feliz de ter visto esse treinamento, então eu acho que tá indo pelo caminho, tem muita coisa pra melhorar ainda, mas tá indo sabe. (E19-H2)

A componente cognitiva é enfocada nas ações desenvolvidas a título de gestão de pessoas nos hospitais, já que estimulam que os respondentes realizem cursos e especialização, como se pode notar em diversos relatos:

Sim, o hospital... a gente tem um centro de estudo muito bom, o pessoal aqui tá sempre dando curso, sempre tendo curso, sempre tem um trabalho sendo desenvolvido dentro da unidade. Eh... a secretaria de saúde junto com o hospital também forneceu pra equipe uma especialização em [nome da especialização], então tem bastante coisa. (E03-H1)

Contribui, com certeza! A gente tem treinamentos... Aqui, é, dentro do setor são promovidos, é... agora começando aí a educação continuada. Alguns treinamentos também são promovidos pela gerência do CTI, né? É a gente tem, alguns já fizeram, outros estão fazendo, a especialização, que é o MBA

que a [nome do hospital] promove para os funcionários, com um desconto bem favorável, né? Então assim, ela está investindo sim nos profissionais, que estão, que estão e que querem, né, também estudar e continuarem e continuar estudando. (E07-H1)

Na questão da contribuição do hospital ocorrer por meio de treinamentos, notou-se uma divergência nas falas de dois dos entrevistados do Hospital 1 relativa à quantidade e à qualidade dessas atividades de aprendizagem:

Contribui. Com treinamentos, eh, mais é muito treinamento, que a gente tem, acho que é muito treinamento. (E09-H1)

Isso, mas são cursos bem básicos, treinamentos bem básicos assim. Eu acho, acho que a gente deveria ter mais, ajudaria muito, mais treinamentos mais cursos, eu acho. (E11-H1)

Isso deixa dúvidas quanto à distribuição dos treinamentos de forma igualitária, assim como quanto à possibilidade de significativa rotatividade de profissionais, sendo que ambos os casos demonstram que esse hospital (H1) precisa repensar algumas estratégias para a gestão dos enfermeiros. As duas respostas abaixo de entrevistados do H2 espelham uma insatisfação com a forma de investimento do hospital nesses enfermeiros:

Eu acho que contribui, mas talvez pudesse contribuir mais. Com treinamento, mais funcionários. (E14-H2)

Acho que a instituição (...) ela disponibiliza e ela divulga a questão de pós-graduação de, com tudo eu acho que é uma forma de contribuir, mas pro meu... eu não tenho notado essa... não tem havido, porque não tem me atingido né. (E24-H2)

Ocorre um destaque sobre a importância dos estudos de caso para a gestão de competências, pois, nas FIG. 7 e 8, eles foram relatados; no entanto, segundo os entrevistados, não são comuns nem rotineiras as discussões de caso, e que ocorre mais frequentemente entre os médicos, havendo pouquíssima troca com os enfermeiros ou com a equipe de enfermagem e mesmo no seu interior. Assim, parece que os enfermeiros reproduzem essa lógica política no interior de suas equipes.



Figura 7 – Equipe 1 discutindo
Fonte: Gettyimages (2009)



Figura 8 – Equipe 2 discutindo
Fonte: Gettyimages (2009)

Percebeu-se, também por meio da técnica projetiva, pouco investimento nos profissionais plantonistas do turno da noite.

Ai... não acho que pouco. Isso aqui é como se tivesse trazendo alguma dúvida... sei lá... apresentando alguma coisa que gera uma discussão, mas à noite isso aqui é pouco. (E12-H1)

Parece que aqui eles estão planejando, discutindo, a equipe, de repente se já qual a melhor conduta a ser realizada. (...) Às vezes, às vezes, mas, porque eu sou da noite, funcionária da noite, às vezes a gente discute assim, qual procedimento seria melhor, mas eu acho que dessa forma assim não, não tão direta assim... ou com frequência. (E11-H1)

[se referindo à figura 5] Discutindo caso numa reunião. Também não vejo, não, não acontece. (E23-H2)

Notem-se também comentários que denotam a centralidade da gestão de competências nas ações do próprio indivíduo.

[se referindo à figura 7] Não, eu não consigo nem imaginar o que seria isso, eu vi uma cena assim mais ou menos no [nome do centro de exames] no dia que a gente foi fazer uma ressonância de urgência, aí tava os médicos na luz do [nome do centro de exames] já olhando a ressonância discutindo, não acontece muito não, isso eu acredito, que isso aqui no setor fechado, não aqui com a gente. (E23-H2)

De forma objetiva, os entrevistados também avaliaram as contribuições do curso de graduação em enfermagem que realizaram. Para ambos os enfermeiros dos hospitais, tal contribuição é questionável, assim considerada por oito do H1 e sete do H2. Foi explicitada como positiva esta contribuição por quatro entrevistados do H1 e sete do H2. No total geral, note-se que 15 dos pesquisados avaliaram o curso de graduação de forma negativa, o que se apurou nas suas justificativas: a maioria do total geral (onze) avalia que a prática diária vai muito além do que foi ensinado na faculdade, o que remete ao desenvolvimento da componente funcional, de acordo com o modelo de Paiva (2007). Como se nota na TAB. 15:

Tabela 15 – Avaliação do curso de graduação para formação dos enfermeiros, por hospital e total, na percepção dos entrevistados

Respostas	H1		H2		Total Geral
	Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
Aspectos Negativos	E01, E02, E04, E05, E07, E08, E11, E12	8	E15, E16, E17, E18, E19, E22, E24	7	15
Aspectos Positivos	E03, E06, E09, E10	4	E13, E14, E20, E21, E23, E25, E26	7	11
Justificativas: positivos e negativos					
Na prática diária é muito além do que foi ensinado na faculdade	E01, E04, E07, E08, E12	5	E15, E16, E17, E18, E19, E24	6	11
Forneceu conhecimento teórico importante	E04, E08, E11	3	E15, E17, E18, E20, E21, E23, E26	7	10
Ajudou na atuação no hospital	E03, E06, E10	3	E25, E26	2	5
Estágio curricular insuficiente	E11	1	E16, E19, E24	3	4
Aprendi com a experiência dos professores	E04, E10	2		0	2
Fornecer estágio na área que está atuando hoje	E06	1		1	2
Bom, mas tem de continuar estudando		0	E13, E22	2	2
Ensinou a humanização		0	E25	1	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

Os relatos a seguir são ilustrativos a esse respeito. Primeiramente, será apresentado por que o curso de graduação foi insuficiente e, posteriormente, as justificativas, de acordo com os entrevistados de ambos os hospitais:

É tem que ver onde eu formei, só com ele seria pobre, né, então se eu não tivesse curso de especialização, não tivesse buscando esse conhecimento de tá lendo (...). (E01-H1)

Ruim por que acaba que quando você vai pra prática é muito além e a faculdade fica muito atrás. Tudo que é passado à gente precisa sim, mas a gente poderia ter dentro da faculdade... resolver alguns problemas que tem que ser resolvidos aqui dentro, que a gente precisa aprender sozinho, a faculdade ela não dá isso, então ela não bate forte com isso. (E02-H1)

A graduação mesmo me trouxe meu conhecimento teórico né, apesar que na minha área onde eu estou hoje isso é pouco... o enfoque é pequeno né que geralmente eles voltam mais pro adulto do que pro recém nascido né,

foi pequeno, mas é... o que me ajudou mesmo em relação à graduação, são as experiências que os meus professores passaram pra mim é isso, tá. E... até mesmo questão de se portar diante de situações que venham acontecer ou que já aconteceram. (E04-H1)

Meu curso, é, acho que quando a gente tá na faculdade a gente tem outra visão, quando a gente sai a visão é completamente diferente, né. Meu curso foi um curso bom, apesar de ter sido a 1ª turma, mais eu saí, acho que como todo mundo sai, como todo mundo reclama, eu saí como se a gente não soubesse nada, né. Mais serve muito com a parte teórica, e a prática, mesmo, a gente pega no dia a dia. (E07-H1)

(...) o conhecimento é claro que a gente tem da faculdade, mas... isso complementa muito com o trabalho da gente no cotidiano, agora gerenciamento sem dúvida, a gente sai cru, e a gente aprende é no dia a dia. (E08-H1)

Eu acho que faltou mais prática no meu curso de graduação...eu acho que eu tive muita teoria, mas quando eu cheguei aqui eu me perdi um pouco na prática e eu acho também que falta um pouco de...um pouco mais real, a gente sai um pouco assim achando que tudo é muito tranquilo, tudo é muito fácil até mesmo pra conseguir emprego. (...) estágio (...) eu acho que precisava de mais, pra gente chegar um pouco mais preparado...tem muita teoria e pouca prática. (E16-H2)

(...) se eu tivesse só feito a faculdade e vindo pro hospital, nossa eu teria assim muito mais dificuldade, o que me ajudou muito foi o estágio extracurricular que eu fiz (...) agora infelizmente é... o que tá faltando pra faculdade é o estágio, o estágio curricular deixa muito a desejar, muito. Nossa o pessoal tá formando sem saber nada, a gente pega recém-formado pra treinar com a gente, misericórdia... (...) eu fiquei com dó (...) você tem a teoria, você sabe aquilo ali (...). na farmacologia você aprende pra que que o remédio vai fazer efeito, na patologia você aprende o que que a doença vai ter, na semiologia você aprende a técnica que você vai ter que usar, mas se você não consegue ensinar a pessoa a colocar isso tudo, que é muita teoria, na prática, que é o que tá acontecendo, a pessoa sabe, mas ela não sabe colocar em prática, então infelizmente... eu vou ser sincera, eu aprendi no dia a dia do meu estágio e aqui, porque na faculdade foi só teoria, eles não me ensinaram a ser enfermeira. (E19-H2)

Apresentam-se, também, os motivos dos aspectos positivos do curso de graduação, de acordo com os respondentes do H1 e do H2:

Meu curso... posso dizer assim, que foi muito bom. Os professores preocupados com o que eles iam formar, que eles muitos também trabalhavam na assistência, então eles tinham essa preocupação de preparar para o mercado. Então eu tenho até hoje contato com muitos professores, tenho o exemplo deles, que eles tinham essa preocupação de formar profissionais que poderiam um dia trabalhar junto com eles, então eu tive muita experiência disso, fazer muitos projetos com professores, já até mesmo me convidaram pra estar trabalhando com eles em outra instituição. Então minha faculdade foi fundamental pra mim hoje estar no posto que eu exerço aqui (...). (E10-H1)

Eu acho que ele contribuiu muito. (...) mesmo eu não sabendo a prática quando você sabe a teoria, cê consegue desenvolver, você tem dúvida, mas cê consegue desenvolver mais fácil, então pra mim me ajudou assim muito,

mas é em qualquer faculdade você não tem tanta prática igual quando você vai para o mercado de trabalho qualquer profissão quando cê chega cê vai achar coisa nova, dificuldade, isso é normal. (E21-H2)

Excelente. Nada a reclamar, eu reclamava muito durante o curso. Nossa eu num aguento, eu fiz estágio obrigatório desde o terceiro período até o nono, foi, nossa, “tá me decepcionando eu não aguento mais”, estudei à noite, mas foi excelente me deu uma base muito boa. Muita coisa eu não vi na prática, mas na teoria eu cheguei a ver. (E23-H2)

Essas respostas corroboram Chirelli (2002), para quem os profissionais de enfermagem, ao serem formados, deveriam ser preparados para a resolução de problemas concretos, por meio de um processo pedagógico que aproximasse a formação e a prática diária nos serviços de saúde. A fala abaixo reforça tal análise.

Não... não acho, acho que na faculdade a gente vê aquilo ali a gente pega na verdade a faculdade não prepara a gente pro ambiente do trabalho eu acho que ele nos ensina é tudo de literatura, mas de prática a gente não tem nada e é muito difícil quando você vem pra um hospital como [nome do hospital] e que você não sabe nada, você faz uma faculdade nua e crua você só sabe o... como posso dizer, o básico, você acaba vendo tudo, mas você vê tudo de uma forma muito superficial que aí a hora que chega aqui é uma dificuldade. (E02-H1)

Além disso, a autora cita também que é importante para esses profissionais a utilização da pesquisa como instrumento para a “busca e investigação de soluções, num esforço crítico-reflexivo” (CHIRELLI, 2002, p. 16); no entanto, a questão da pesquisa científica contribuir para a sua formação não foi citada por nenhum dos entrevistados.

Quando perguntados sobre as possíveis contribuições do curso de graduação para a formação e o desenvolvimento das competências do enfermeiro, no H1, onze enfermeiros avaliaram que a graduação contribuiu para o desenvolvimento da competência, no H2 dez concordam com tal afirmação. Em relação às contribuições, em ambos os hospitais, a maioria dos enfermeiros julga que o curso contribuiu por meio da teoria fornecida, o que reporta à componente cognitiva (PAIVA, 2007). Nota-se na TAB.16:

Tabela 16 – Forma de contribuição do curso de graduação para o processo de formação e desenvolvimento de competências dos enfermeiros, na percepção de enfermeiros, e as componentes correlatas do modelo de Paiva (2007)

Respostas	Componentes de Paiva (2007)	H1		H2		Total Geral
		Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
Contribuiu		E01, E03, E04, E05, E06, E07, E09, E10, E11, E12, E13	11	E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E22, E23, E26	10	21
Não contribuiu		E02, E08	2	E21, E25	2	4
Forma de contribuição do curso de graduação						
Por meio da teoria fornecida	Cognitiva	E01, E07, E10	3	E15, E17, E19, E23	4	7
Demonstrou a realidade	Cognitiva	E04	1	E14, E19	2	3
Por meio do estágio curricular	Cognitiva Funciona	E01,	1	E18	1	2
Alinhou a parte teórica com a prática	Cognitiva Funcional	E06, E09	2		0	2
Troca de experiências	Funciona Política		0	E16, E20	2	2
Para desenvolver administração/gestão	Funcional	E12	1		0	1
Humanização	Ética Política Comportamental		0	E24	1	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

A partir das respostas, a componente do modelo adotado que os enfermeiros desenvolveram em maior escala no curso de graduação foi a cognitiva, seguida pela funcional. Isso não surpreende, mas a ausência de ações voltadas para a componente comportamental, política e ética, traz diversas implicações para o processo de reconhecimento e legitimação da profissão, o que já foi observado em outros momentos da pesquisa.

Observem-se os trechos selecionados das entrevistas que versam sobre a contribuição do curso de graduação, com foco na componente cognitiva:

Sim (...) sim ai de nós se não tivesse essa questão curricular dentro da própria grade e não ter a formação mesmo da leitura dessa busca ativa de conhecimento né por o conhecimento você adquire você não tem como esquecer-lo. (E01-H1)

Sim. Ele deu conhecimento e...é teórico né...não me deu muito conhecimento prático, num me deu muito essa vivência prática, mas o conhecimento teórico me deu bastante...eu cheguei aqui...eu não sabia...como... dar um exemplo...como passar uma sonda...de demora, mas eu sabia todo o percurso ali, como faz para passar...mas eu não tinha prática...entendeu...eu não sabia como gerenciar uma unidade, um andar, porque...mas me deu o conhecimento para tentar...daí eu fui desenvolvendo...entendeu...então conhecimento sim, mas não me deu muito prática do serviço mesmo. (E17-H2)

Sim, claro porque na graduação eles mostram a realidade pra gente né, então acaba que você tem que desenvolver competências (...) o curso ele traz pra você situações né, vivências, durante até mesmo a parte enquanto você é acadêmico, então traz várias situações pra você, então acaba que a partir dessas situações vivenciadas né e até mesmo quando professores te mostram né essas vivências que eles já passaram... então acaba você tendo que desenvolver competências que às vezes você nem sabia que você tinha, então assim você lidar com vida, isso muda totalmente assim a visão da gente, isso gera assim... é... mudanças no nosso comportamento (...) (E04-H1)

O que eu aprendi condiz muito com o que eu tenho que fazer, com a realidade. Afinal de contas, é porque isso ajuda né, acho que é isso. (E14-H2)

Uma contribuição da graduação apontada pelos entrevistados (2 deles) foi alinhar a parte teórica com a prática, ou seja, a componente cognitiva com a funcional:

Sim, o curso sempre buscou aliar a parte teórica à parte prática, e essa questão da postura do papel do enfermeiro mesmo, a gente sempre discutia dentro de um contexto, o que, que enfermeiro deveria fazer, qual que era a abordagem que o enfermeiro faria, então isso sempre foi batido, sempre foi discutido dentro de sala de aula dentro dos próprios estágios mesmo, com as equipes que a gente passava, então é uma coisa que foi bem explorada dentro da graduação. (E06-H1)

Observam-se, ainda, falas de entrevistados que não consideram que a graduação contribuiu para a formação e desenvolvimento de suas competências, como a selecionada a seguir:

No contexto geral não. Como eu falei é a competência, é ela entre vários fatores. Ela ajudou parcialmente, igual mesmo, do ponto de vista de gerenciamento, embora a gente estuda isso na faculdade, você aprende é no cotidiano (...) Então, a gente não sai, com competências de liderança, gerenciamento da faculdade, você tem um embasamento teórico. Mas a prática, o tato, o bom senso, ela vem com o dia a dia. (E08-H1)

Foi também indagado se os enfermeiros entrevistados são inscritos no conselho profissional de enfermagem, no sindicato e em associações e se há alguma contribuição dessas instituições coletivas para o desenvolvimento de suas

competências profissionais. No H1, todos os enfermeiros (12) são inscritos no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), sendo quase unânime (10) que não há nenhuma contribuição deste conselho para o desenvolvimento dos entrevistados; apenas um considera que contribui, ocorrendo através de amparo técnico e de cursos. No H2, a realidade é muito parecida com a do H1, em que todos os enfermeiros (14) são inscritos no COREN e também sendo quase unânime entre eles (12) que não há nenhuma contribuição desse conselho para o desenvolvimento dos entrevistados. Observa-se, assim, que a pouca diferença que ocorre entre o H2 e o H1 é que, no primeiro, nenhum entrevistado considera que o referido conselho contribui para o seu desenvolvimento e dois consideram que contribui pouco.

Analisando as repostas dos enfermeiros quando questionados se são sindicalizados, apenas 6 no H1 são sindicalizados e, no H2, 5. Foi unânime nos dois grupos a posição de que o sindicato dos enfermeiros não contribui para o desenvolvimento dos entrevistados. Quanto às associações, apenas um enfermeiro, do H1, participa de alguma associação, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), e estima que esta não contribui para a sua formação e desenvolvimento profissional (TAB. 17).

TAB. 17- Contribuições das instituições coletivas para o desenvolvimento dos enfermeiros, por hospital e total, na percepção dos entrevistados

Respostas	H1		H2		Total Geral
	Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
Conselho profissional (COREN)	E01, E02, E03, E04, E05, E06, E07, E08, E09, E10, E11, E12	12	E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26	14	26
<i>Contribui para o seu desenvolvimento</i>					
Não contribui	E02, E03, E04, E05, E07, E08, E09, E10, E11, E12	10	E14, E15, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26	12	22
Contribui pouco	E01	1	E13, E16	2	3
Contribui	E06	1		0	1
Sindicato	E03, E08, E09, E10, E11, E12	6	E17, E19, E20, E24, E25	5	11
<i>Contribui para o seu desenvolvimento</i>					
Não contribui	E03, E08, E09, E10, E11, E12	6	E17, E19, E20, E24, E25	5	11
Associação profissional	E03	1		0	1
<i>Contribui para o seu desenvolvimento</i>					
Não contribui	E03	1		0	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

Para exercer a enfermagem, é necessário que o enfermeiro esteja inscrito no COREN, conforme exigência do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A maioria dos entrevistados (22), do total geral, considera que o conselho (COREN) não contribui para o desenvolvimento do enfermeiro, de modo semelhante ao encontrado por Paiva (2007) em sua pesquisa junto a professores de outras profissões, nas quais também se observou que essa representatividade (das instituições coletivas) é mínima. Sendo assim, esse é mais um indício, no caso dos enfermeiros, de que a gestão de suas competências permanece centrada no próprio indivíduo. Notem-se os relatos dos entrevistados, de ambos os hospitais, que pautam tais percepções:

Meu desenvolvimento? Sinceramente não, além das taxas que eu pago pra eu me manter (risos) eu acho que não contribui com nada, igual eu falei né, a sociedade nos vê de uma forma errônea e a gente permanece dessa forma e o COREN que a gente paga né pra poder fazer alguma coisa diferente, ele não faz, então acaba que nos mesmos temos que fazer essa diferença. (E04-H1)

Eu falo que o COREN em Minas, não sei se é só em Minas, ele é muito pouco atuante, a gente não tem muito contato. Eu particularmente nunca vi uma visita do COREN aqui onde eu trabalho, ter uma fiscalização, uma visita, então eu acho que isso falta, até desmotiva a gente. A gente contribui, não é barata a contribuição, você paga todo ano aquela contribuição, eles poderiam responder mais pra gente, até mesmo na parte de benefícios, eu acho que a enfermagem precisa muito. O piso salarial, há quanto tempo tem a profissão de enfermagem e não tem um piso, então aí você vê o quanto o COREN ainda precisa evoluir. (E10-H1)

Não muito, eu não vejo assim, não tem tanta ligação com o COREN, então eu acho o COREN tão distante assim, então o COREN exige a anuidade e tal tem essas eleições e tal, cobra essas eleições, assim, você tem que votar cê num votar e tal eles te multam e tal essas coisa, mas eu acho que não tem uma proximidade, assim eu acho devia ser mais próximo do profissional e tal, oferecer curso, reciclagem e tal, essas coisas e tal. Eu acho o COREN tão distante, assim eu não sei, eu acho que eles deviam vim mais nos hospitais, oferecer mais coisas pra gente e tal, eu não vejo isso, o COREN é muito distante. (E13-H2)

Porque eu não vejo o COREN atuando em prol do enfermeiro, eu posso até estar enganada, pode ser ate que atue, mas de uma forma que não me atinge, né. Eu acho que eles não buscam melhorias, eu acho que até buscam, mas assim é só um ideal, não tem nada de concreto. Então fica lá naquela busca das 30 horas a anos, sendo que às vezes tem coisa de imediato que poderia melhorar e num faz. (E14-H2)

Acho que o COREN pouco...eu acho ele muito pouco participativo, igual tem as eleições, eu não voto ainda que a minha carteirinha é provisória...né...mas as pessoas que eu observo né que têm que votar não sabe nem em quem votar...não conhece as propostas de ninguém, então eu acho que fica uma coisa meio perdida sabe...como que você vai votar se você nem sabe e conhece o candidato, eu acho que o COREN infelizmente não acrescenta em nada...ele é um órgão muito pouco participativo. (E16-H2)

O entrevistado E21, do H2, comenta sobre a desunião dos enfermeiros e mais uma vez os compara ao profissional médico, demonstrando uma insatisfação com a profissão exercida.

Nada! Eu acho que a gente também tem um pouco de culpa nisso, porque a gente é muito desunido, se juntasse todo mundo e fizesse um protesto igual os médicos fazem sabe, a nossa classe também é totalmente desunida, mas tem uma pessoa, tem um conselho que pode fazer uma coisa a mais pra gente e eles não fazem, não fazem. (E21-H2)

Houve apenas um entrevistado que considera que o conselho (COREN) contribui para o desenvolvimento do enfermeiro, e que isso ocorre por meio de fiscalizações e respaldo legal, mas é importante lembrar que essas são algumas de suas funções e que os outros respondentes (22) não acham que o conselho as cumpre:

Eu acredito que sim, fiscalizando, promovendo alguns cursos, capacitações, fiscalizando também de alguma forma ele tá contribuindo pra gente, porque se ele está ali fiscalizando, abrindo as portarias, as resoluções, ele está dando amparo pra nós profissionais que estamos atuando, e isso contribui pro nosso desenvolvimento, pra um amparo técnico, pra gente não ficar solto aí, e fazer alguma coisa e ah não isso aí você fez errado, não e não fiz errado, eu tenho um amparo, um respaldo né, na lei na resolução que o COREN tá fazendo pra gente né. (E06-H1)

Note-se que todos os entrevistados sindicalizados (11 do total) julgam que o sindicato dos enfermeiros não contribui para o desenvolvimento do profissional, o que é perceptível nas falas tanto de quem é sindicalizado, quanto de quem não é:

Não, sindicato... tenho preguiça de sindicato com todo respeito às pessoas que lá estão né, fica bem enfatizado isso, mas não é uma algo com que eu me identifico não. (E01-H1)

Pago o que é obrigatório, o outro não. Não vejo esta contribuição. Talvez por conhecer pouco, as competências deles, talvez. Mas assim, não vejo a cara deles, não vejo o trabalho deles. Acho que parte disso é porque são pouco atuantes, né. Sendo que eu estou inserida na profissão. Eu vejo por este lado. (E08-H1)

Não, eu acho que no dia que o sindicato for mais democrático, e mudar as pessoas que estão lá há muitos anos, aí sim eu acho que dá pra participar, que dá pra tentar passar a lutar pela classe mesmo. Eu acho que o problema são as pessoas que tão lá e a falta de democratização. (E14-H2)

Sou, sindicato dos enfermeiros. Também acho que não. (E11-H1)

Por fim, sobre as associações de enfermagem, como visto na TAB.17, apenas um entrevistado (no total geral) participa de uma, que é a ABEN, e ele considera que esta não contribui para o seu desenvolvimento, o que pode ser observado no relato abaixo:

Seria a ABEN, que eu também não vejo contribuição nenhuma, não vejo curso, não vejo informativos, muito pouca coisa pra gente. (E03-H1)

Essas avaliações acerca das contribuições das instituições coletivas denotam que o enfermeiro não tem uma relação positiva com as instituições abordadas, da mesma forma como ocorre com os professores que exercem outras profissões (engenheiros, psicólogos e advogados) pesquisados por Paiva (2007), assim como os professores-arquitetos abordados por Roquete (2009), os enfermeiros abordados por Santos Junior (2011) e os médicos investigados por Barros (2011).

Quando perguntados sobre quais profissionais contribuem para a efetividade do trabalho do enfermeiro e se os entrevistados os consideram competentes, as respostas foram: os técnicos em enfermagem (somente esses profissionais); todos os profissionais da equipe (incluiu os técnicos em enfermagem, médicos, psicólogos, fisioterapeutas e etc.); os médicos; outros enfermeiros; e profissionais da educação continuada do hospital. No H1, 6 deles julgam que é são todos os profissionais da equipe, e destes, 4 estimam que alguns são competentes. Em seguida, eles avaliaram que são os técnicos em enfermagem (4 deles) que contribuem para o trabalho deles, sendo considerados por todos esses respondentes como competentes.

No H2, em primeiro lugar, aparecem os técnicos em enfermagem (8 dos entrevistados), com 6 deles considerando que estes são competentes. Depois, 6 dos respondentes avaliam que são todos os profissionais da equipe, sendo unânime que alguns destes são competentes. Sendo assim, no total geral exposto na TAB. 18, houve um “empate” de opiniões, em ambos os hospitais, sobre quais profissionais contribuem para que o trabalho do enfermeiro ocorra de forma efetiva, pois os pesquisados consideraram que são os técnicos em enfermagem (12) e todos os profissionais da equipe (12). A maior diferença é quando se avalia se os profissionais citados são considerados competentes, pois dez avaliam que os técnicos em enfermagem são, já em relação à todos os profissionais da equipe, (10) consideram que alguns são, mas não todos.

Tabela 18 – Profissionais que contribuem para a efetividade do trabalho dos enfermeiros e suas competências, por hospital e total, na percepção dos entrevistados

Respostas	São Competentes	H1		H2		Total Geral
		Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
Técnicos em enfermagem	Sim	E05, E06, E10, E12	4	E13, E15, E18, E19, E22, E23	6	10
	Alguns		0	E21, E26	2	2
Todos os profissionais da equipe	Sim	E04, E11	2		0	2
	Alguns	E01, E03, E07, E08	4	E14, E16, E17, E20, E24, E25	6	10
Médicos	Sim		0	E13	1	1
	Alguns	E02, E12	2		0	2
Outros Enfermeiros	Sim	E05, E09	2		0	2
Profissionais da educação continuada do Hospital	Sim	E09	1		0	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

Na TAB. 19, apresenta-se uma síntese das respostas referentes às competências que os entrevistados disseram que os profissionais (no geral) possuem. No H1, considera-se como uma característica importante para o profissional ser competente, por 4 deles, “correr atrás”, ter interesse e ser pró-ativo, dando importância às componentes cognitiva, política e ética. No H2, a competência está relacionada ao comprometimento, de acordo com 7 entrevistados, enfocando as componentes funcional e ética; 5 deles concordam com os pesquisados do H1, que é essencial o profissional que “corre atrás”, tem interesse e é pró-ativo, retomando, assim, a componente ética e considerando a política e a funcional. A maioria dos entrevistados (9 deles) enfatizaram as componentes cognitiva, política e ética.

Tabela 19 – Competências dos profissionais que contribuem para a efetividade do trabalho dos enfermeiros, por hospital e total, na percepção dos entrevistados, e as componentes correlatas do modelo de Paiva (2007)

Respostas	Componentes de Paiva (2007)	H1		H2		Total Geral
		Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
Corre atrás, tem interesse, é pro-ativo	Comportamental Ética	E01, E03, E08, E11	4	E15, E17, E18, E19, E25	5	9
São comprometidos	Funcional Ética		0	E17, E19, E20, E21, E22, E24, E26	7	7
Tem conhecimento	Cognitiva	E08, E10	2	E17, E19, E23	3	5
Pela atitude	Ética	E05, E08	2	E15, E18, E25	3	5
Pela experiência	Cognitiva	E05	1	E13, E23, E26	3	4
Ficam sozinhos com os pacientes e dão conta	Funcional Ética	E12	1	E19	1	2
Trabalham em equipe	Comportamental Ética		0	E15, E22	2	2
Tem jogo de cintura	Política	E08	1		0	1
Realizam treinamentos	Funcional	E09	1		0	1
Dedicado à profissão	Funcional Ética	E02	1		0	1
São bons, prestativos	Comportamental		0	E13	1	1
É desenvolver bem a sua habilidade	Funcional		0	E14	1	1
Gosta do que faz	-	E01	1		0	1
Eles fazem com que o meu trabalho aconteça, seja bom	Funcional		0	E22	1	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

Observem-se os relatos dos entrevistados, de ambos os hospitais, a respeito de todos os profissionais da equipe serem competentes:

Todos profissionais, tanto psicólogos, fisioterapeuta, o médico, técnicos de enfermagem, limpeza, fundamental higienização. Todos que estão, de uma certa forma ou de outra, influencia no meu trabalho. Sem dúvida. Não posso descartar um. Não tem jeito, farmácia, tudo. Todos, todos, todos. Eles influenciam no trabalho da gente. Tem uns competentes, mas não posso falar que todos são, né, mas no contexto geral sim, com certeza. Como eu já defini pra você uma pessoa competente... é a pessoa ser pró-ativa, ter jogo de cintura pra lidar com certas situações, ser bom tecnicamente, também cientificamente... também... é um conjunto de fatores. (E08-H1)

Ah.. Todos profissionais, psicólogos, técnicos, limpeza, todos que estão aqui à noite contribuem diretamente ou indiretamente para a efetividade do meu trabalho. Às vezes o paciente não está seguindo as observações do

médico e nessas horas todos os profissionais que podem ajudar, ajudam. Muitos são competentes, nem todos, não sei se eles dão o melhor de si, acho que eles poderiam ser melhor. Para trabalhar em hospital é necessário saber o que é prioridade. (...) São por que tem jogo de cintura, pró-ativo, sabe priorizar as coisas. Se o paciente precisa de alguma coisa, ele, o profissional, vai atrás, procurar se esforçar ao máximo. Mas tem muita coisa que deve ser melhorada. (E25-H2)

Notem-se os relatos dos pesquisados do H1 e do H2 a respeito dos técnicos em enfermagem serem competentes:

Primeiro, eu respeito muito os técnicos, porque eles ficam mais ao lado do paciente, então eles são os primeiros a ver, por isso eu falo que a gente como superior tem que mostrar, passar pra eles essa segurança que eles sabem, eles não precisam se questionarem, viu uma alteração, chama não fica acho não, chama, então admiro muito a função deles . (...)Muito competentes. Estão preparados mesmos para o trabalho. Eu falo que quem entra aprende com os técnicos, eles não são graduados, mas sabem tudo, podem falar como deve fazer. O conhecimento clínico deles é imenso, o que é importante. (E10-H1)

Técnico de enfermagem. Porque é, ele é um aliado, é meu parceiro, então eu tenho que ter essa visão que ele é meu parceiro, ele, é ele que me passa né, as situações né, que eu não consegui vê né, é ele que me avisa de alguma situação que eu não, não tive, porque hoje tá tranquilo, mas tem plantão que você não consegue desenvolver seu trabalho, as intercorrências vão acontecendo, vão surgindo, vão surgindo, então é ele que te passa alguma situação que você não conseguiu ver, então é ele que faz com que meu trabalho saia bom, aconteça. (...) Considero. Considero muito, eles são comprometidos. (E22-H2)

Selecionaram-se, também, relatos dos respondentes de ambos os hospitais sobre os médicos, outros enfermeiros e profissionais da educação continuada do Hospital:

Eu acho que dos outros profissionais os médicos me ajudam muito, são pessoas que eu sempre encosto pra aprender, eu acho que é uma forma de aprender o que não consegui com os outros enfermeiros (...) Alguns são muito competentes então talvez pelo tempo de estudo pelo tempo de dedicação à profissão. (E02-H1)

Ah eu acho que é a equipe de técnicos mesmo, os enfermeiros que tão aqui há mais tempo também me passando a rotina do local. Sim. Ah pela experiência que eles já têm né... acho que é isso pelas atitudes também experiência, atitude, firmeza, clareza. (E05-H1)

Ah, eu acho que a educação continuada contribui porque você faz os treinamentos (...).Considero uai, mesmo porque eu acho que eles fazem isso, procura fazer os treinamentos, procura envolver o profissional com a empresa e saber o que está acontecendo com a empresa, acho que isso eles contribuem, porque eles envolvem a gente com tudo que está acontecendo. (E09-H1)

Ah os técnicos né, os técnicos de enfermagem né, os médicos. Sim, sim. Os técnicos aqui são técnicos experientes é, pessoas que já tão há muito tempo no mercado e tal e são pessoas seguras, os médicos também são

médicos bons, você chama e tal, prestativo e tal, atende né a hora e tá... então eles são muito bons e contribuem bem, tranquilo. (E13-H2)

Outra questão apresentada aos entrevistados refere-se à percepção que os enfermeiros têm a respeito do julgamento dos demais colegas sobre eles em ambos os hospitais. No H1, 4 deles classificam que essa percepção é positiva, afirmando que a equipe percebe o enfermeiro como essencial e é a “manivela” da assistência; 2 deles dizem que têm reconhecimento e valorização; outros 2 que é muito importante; e por fim, 2 afirmam que há respeito da equipe para com eles. Observa-se que os outros profissionais detectam no enfermeiro do H1 as componentes cognitiva e funcional. Sobre a compreensão dos entrevistados do H2 de como é a visão dos colegas em relação ao enfermeiro: 3 têm uma visão de que é positiva e entendem que têm reconhecimento e valorização; já outros 3 notam aspecto negativo, como ter de dar conta de tudo; outros 4 percebem pontos positivos e, destes, 2 acham que há confiança no trabalho do enfermeiro e outros dois que esse profissional é uma referência, uma liderança. De modo geral, nota-se que a equipe detecta no enfermeiro do H2 as mesmas componentes do H1, a cognitiva e a funcional, não se percebendo influência, portanto, do tipo de atendimento que esses hospitais prestam aos pacientes. (TAB. 20)

Tabela 20 – Percepção da equipe do H1 e do H2 sobre o trabalho do enfermeiro, por hospital e total, na percepção dos entrevistados

Respostas	H1		H2		Total Geral
	Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
Tem reconhecimento; Valorização	E02, E10	2	E15, E19, E25	3	5
É essencial; é a manivela da assistência	E06, E07, E10, E11	4	E25	1	5
Tem de dar conta de tudo	E08	1	E14, E17, E22	3	4
Com confiança	E12	1	E18, E26	2	3
Importante	E03	1	E20	1	2
Muito importante	E01, E11	2		0	2
Referência; Como uma liderança		0	E13, E22	2	2
Competente	E04	1	E24	1	2
É mandado pelo médico	E04	1	E23	1	2
Tem respeito	E04, E07	2		0	2
Não sei	E05	1		0	1
Percebem o tanto que se trabalha	E08	1		0	1
Não tem importância	E08	1		0	1
Muito burocrático	E09	1		0	1
É resolutivo		0	E16	1	1
Não tem o que reclamar de mim		0	E21	1	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

Considerando o total dos entrevistados, verifica-se que os enfermeiros entendem que a equipe tem uma visão positiva destes no ambiente hospitalar: 5 deles avaliam que há reconhecimento e valorização e 5, que o trabalho deles é essencial, é a mencionada “manivela” da assistência. Observem-se os trechos das entrevistas que se seguem:

Acho que eles reconhecem o trabalho que se faz. (E02-H1)

Alguns eles veem com um profissional competente né que tem agilidade e que resolve, outros eles já veem como meramente, vem aqui pra cumprir o serviço né, a mando... o que o médico fala ele faz, entendeu? Então assim é muito difícil, muito relativo, que depende muito dos profissionais que estão aqui, mas fora isso assim, eles têm respeito muito grande pela enfermagem, pelo enfermeiro, mas o reconhecimento é pouco em relação a alguns profissionais. (E04-H1)

Eu acredito que eles vejam ela como essencial, porque é a manivela da assistência, sem a enfermagem aqui a coisa parava, então eu acredito como essenciais, que como mesmo, são os puxadores da coisa, se eles pararem a coisa não vai engrenar não. (E06-H1)

Como que eles percebem? Acho que eles percebem que são as figuras importantes aqui dentro, acho que sem a gente também... acho que não daria para desenvolver um trabalho bacana, então eu acho que eles, como

que eu falo, eu acho somos também de suma importância eu acho que eles percebem também, não só como os médicos enfim, mas eu acho que eles vem que a gente é importante aqui. (E11-H1)

(...) A equipe de saúde como um todo constrói uma imagem de profissional responsável, guardião do paciente. Você tem que ser atento a tudo, está no juramento do enfermeiro. O elo, responsável pelo andar... o enfermeiro. Capaz de falar sobre tudo e todos os pacientes. articulador. responsável por ser guardião do paciente. Você tem de estar atentando pra tudo. (E25-H2)

Quanto ao ponto negativo de ser uma profissão que tem de dar conta de tudo, Waldow (1996) destaca, na enfermagem, em relação às reais atribuições da enfermeira e à indefinição de papéis, a presença histórica e a perpetuação de sentimentos negativos, como a baixa autoestima e a falta de orgulho, o que, de acordo com a autora, ocorrem muitas vezes em virtude da falta de uma identidade própria (BRITO, 2004), o que foi visível em relatos semelhantes ao selecionado a seguir:

Eu acho que... Isso depende muito da classe, por exemplo, fisioterapia, eles veem o tanto que a gente trabalha, eles enxergam muito o nosso trabalho, principalmente na questão de gerenciamento, a questão do técnico de enfermagem. A questão de liberar a alta do paciente, do Box estar pronto, de admitir outro paciente, a questão do tempo, de... da necessidade daquele Box girar rápido e isso demanda um gerenciamento de uma equipe. Equipe não é só técnico de enfermagem não. É o pessoal da higienização, da fisioterapia, do médico, da farmácia, enfim, alguns profissionais veem o quanto a gente é massacrado. Que a gente faz de tudo e que tem coisa que não depende da gente. Por exemplo, se um Box ele não está pronto meio dia, é porque alguma coisa aconteceu. E muita das coisas que vem acontecendo é o que: a alta médica que atrasa. A alta médica atrasou, conseqüentemente vai atrasar tudo pra enfermagem, mas no final das contas é culpa de quem? Da enfermagem. Atrasou a alta, da enfermagem. Mas ninguém vê que a alta médica chegou 11, 11 e tanta... no seu setor não. E você tá com um quadro reduzido de funcionário, ou porque começou horário de almoço, ou porque aquele outro técnico já estava levando outro paciente ou porque a situação mudou a 1, 2 ou 3 horas atrás. Mas fica o problema da enfermagem, entendeu? Então assim, alguns profissionais eles veem o quanto a gente é massacrado. Mas alguns veem tipo assim, ah, é uma é uma peça qualquer. Sabe. Não acho que é bem por aí, não... aliás, não acho que é isso não. De jeito nenhum! (E08-H1)

Percebe-se, nas falas dos entrevistados, uma dualidade entre o que é e o que não é função do enfermeiro, se é ou não inerente à profissão resolver questões que não estão diretamente relacionadas ao cuidar, na percepção dos pesquisados. Observem-se os relatos:

Severino, que faz tudo, que arruma tudo, que tem de dar conta de tudo... dá limpeza, à prescrição... Na hora que a bomba estoura é... Acho que muito disso é culpa nossa... porque quando a bomba estoura, mesmo não sendo

da nossa competência... a gente resolve... acha que é um super homem, uma super mulher... e não tem... não tem que resolver... (...) (E17-H2)

(...) ser enfermeiro não é fácil, tem hora que dá vontade de jogar tudo pro alto e sair porque é o que eu te falei, é de um paciente parar, até uma lâmpada que queima eles chamam o enfermeiro, então tem hora que dá vontade de falar "olha eu não fiquei quase cinco anos na faculdade pra resolver lâmpada queimada" . mas é o seu papel você tá ali na supervisão você tem que resolver sabe. (E19-H2)

(...) o enfermeiro ele acaba assumindo funções que não é dele fazer, que não e a função sua fazer isso, mas cê, é como se, cê vira referência né, "ah quem é o supervisor?" aí tudo vai pra você resolver, então de repente é melhor que você resolva aquilo que cê fica aquele problema o plantão todo, não tem ninguém pra resolver aquilo, e vai, vai virando uma bola de neve, o que era uma pequena reclamação né, uma solicitação, já passa a ser reclamação já vira uma demanda que você não consegue controlar, então às vezes é melhor cê resolver ali de imediato, acaba com aquilo, resolve aquela demanda que surgiu, que nem, muita das vezes não é da sua responsabilidade profissional fazer, mas cê acaba fazendo. Aí te pergunto, é bom é ruim? Não sei, se é bom ou se é ruim. Eu acho que é melhor cê resolver aquilo né, porque do que fica uma situação desgastante o plantão todo, plantão não passa (...). (E22-H2)

Note-se que o enfermeiro resolve problemas no seu cotidiano que ele acredita que não são de sua competência, mas que este também não sabe o que fazer com essa demanda e não tem a quem se reportar, então, ele mesmo a resolve. De acordo com Gomes e Oliveira (2005), na enfermagem, há contradições internas em seu saber/fazer, que se apresentam como base para um cotidiano conflitante e, às vezes, frustrantes para os profissionais, como as inúmeras atividades desenvolvidas que nem sempre possuem relação com a enfermagem ou com o cliente.

Tais percepções foram expostas nos comentários a respeito da FIG. 9, pelos entrevistados de ambos os hospitais (H1 e H2).



Figura 9 - Atendimento
Fonte: Gettyimages (2009)

No H1, 6 dos 12 entrevistados consideram que são eles ao telefone resolvendo algo, como seguem alguns exemplos:

Na verdade isso aqui, na verdade isso aqui às vezes até acontece, igual aqui parece ser uma enfermeira, às vezes, ligando pra marcar um médico né, um especialista por exemplo... a gente tem de cobrar exames, dos pacientes que estão internados aqui. Acontece muito. (E04-H1)

Temos contato por telefone, comunicamos tanto família, quanto algum médico que esteja responsável pelo paciente, alguma interconsulta, cobrança de exames, pendências, a gente passa pelo telefone. E a gente tem também secretária para ajudar a gente aqui, nesses contatos. (E07-H1)

Acontece, às vezes, uma transferência a gente liga, a gente tenta buscar vê se é possível se é viável, acontece sim. (...) Se angustia? Acho que não. Acho que às vezes, pelo menos a gente à noite que nem sempre tem secretária a gente é submetido a isso. (E11-H1)

É... já tô confundindo tudo... pra mim existe tudo aqui... é, a enfermagem, é na parte...eu acredito que seja parte burocrática isso aqui. Tem bastante, mais durante o dia. (E12-H1)

Observa-se um número muito maior no H2, em que 11 dos 14 entrevistados, julgam que são eles ao telefone resolvendo pendências, como seguem alguns exemplos:

(...) eu me vejo no telefone (risos) quase que assim direto, a maior parte assim das vezes a gente... é até um pouco complicado, porque a enfermagem mesmo a gente exerce, mas tem muita coisa burocrática ainda que a gente tem que resolver e não tem secretária à noite então fica tudo só pra né, centralizado pra uma pessoa então no caso aqui também de prescrição, de letra ilegível que a gente não entende, não tem como fazer aquela medicação aí liga pra ver o que é, se tem como alguém do plantão ir

lá ver né, vê se entende a letra, pra ver se é aquilo mesmo pra gente não fazer medicação errada, então isso aqui acontece muito assim, nesse caso. (E15-H2)

(...) Sim, o enfermeiro né, trabalha de mais, é muita coisa pra fazer, enquanto tá falando no telefone com um, tá escrevendo no papel e olhando resultado de exame no outro. (E19-H2)

A enfermeira coitada, com sobrecarga de trabalho, no telefone tentando procurar alguma coisa que tá perdido, a outra já tá aqui atrás esperando ela desligar o telefone pra perguntar alguma coisa. (E20-H2)

Eu no telefone atrás de CTI, “aqui vocês atendem tal convênio? Você tem vaga?” (risos). (E23-H2)

Novamente, percebe-se que o enfermeiro exerce várias atividades, mas acaba descuidando de sua principal função, que é o cuidado direto ao paciente, condizente com Backes *et al.* (2008).

Diante das questões abordadas até o momento, convém elucidar as dificuldades dos enfermeiros se tornarem competentes. Na percepção dos enfermeiros do H1, 5 destes consideram que a falta de material interfere na qualidade do atendimento e compromete suas competências; 3 consideraram a falta de recursos humanos e dificuldade de conseguir estudar, de conseguir realizar cursos; em tais relatos, notam-se pendências com relação às componentes cognitiva e funcional. Já no H2, percebe-se um desconforto maior quanto ao não conseguir se capacitar, devido ao cansaço e à falta de tempo, sendo isso relatado por 6 dos entrevistados, e outros 5 avaliam que a carga horária de trabalho do enfermeiro é excessiva, prejudicando esse profissional em se desenvolver; nos relatos, percebeu-se uma preocupação e uma dificuldade com o desenvolvimento de competências pautadas na componente cognitiva.

Desse modo, notou-se que a realidade dos profissionais do H1 é muito diferente da dos profissionais do H2 e que as dificuldades que esses enfermeiros enfrentam para se desenvolverem e manterem as competências são muito distintas. Nesse caso, o total geral, como se pode ver na TAB. 21, é muito influenciado pelos entrevistados de cada um dos hospitais, em se tratando das três primeiras respostas. Mas em relação às componentes do modelo de Paiva (2007), detecta-se que os

entrevistados de ambos os hospitais sentem dificuldades no local de trabalho para desenvolverem a competência cognitiva.

Tabela 21 – Dificuldades que os enfermeiros enfrentam no processo de formação e desenvolvimento de suas competências, por hospital e total, na percepção dos entrevistados

Respostas	H1		H2		Total Geral
	Enfermeiros	Total	Enfermeiros	Total	
Conseguir estudar (especialização, cursos)	E03, E06, E08	3	E13, E15, E16, E17, E21, E24	6	9
Carga horária de trabalho	E08	1	E13, E15, E16, E17, E24	5	6
Falta de material	E01, E02, E04, E09, E11,	5	E25	1	6
Falta de pessoal (técnico ou enfermeiro)	E04, E09, E11	3	E14, E25	2	5
Depender (de outro profissional, setor)	E01, E04	2	E18, E20, E25	3	5
Salário deficiente	E03, E08	2	E17, E24	2	4
Nenhuma	E10	1	E22	1	2
Conciliar o lado pessoal com o profissional	E07	1	E19	1	2
Comunicação deficiente	E01	1		0	1
Não desumanizar		0	E23	1	1
Falta de recursos físicos	E12	1		0	1
Profissionais não receptivos	E05	1		0	1
Realizar atividades que não lhe compete		0	E14	1	1
Falta incentivo		0	E26	1	1

Fonte: dados coletados na pesquisa

Observa-se que, apesar de a realidade dos dois hospitais em estudo ser diferente, a maioria das respostas indica que a gestão das competências desses profissionais está relacionada à forma de organização, de gestão dos hospitais em que esses profissionais estão inseridos, além do contexto da profissão, já que a carga horária excessiva é uma realidade no ambiente hospitalar. Os relatos a seguir são ilustrativos a respeito da dificuldade de qualificação e de a carga horária de trabalho ser excessiva na percepção dos entrevistados dos dois hospitais:

Ah, tem. Na nossa profissão um ponto importante é a questão do tempo, a gente é muito, a jornada de trabalho é muito extensa. O nosso trabalho ele exige muito controle emocional, é... ele exige um descanso físico também, e psicológico, e como que você vai ter uma disposição, pra você enfrentar um

curso, uma sala de aula, sendo que você vem de uma jornada de trabalho muito extensa. Isso de certa forma vai acabar influenciando. (...) Se você quer fazer um curso, troque plantão. Entendeu? Então assim, se você já tem sua jornada de trabalho normal, e você ainda tem de trocar plantão, quer dizer, você tem de se desdobrar, pra você ausentar de um dia X, pra fazer um curso, qualquer curso que seja, é claro que isso vai refletir no seu cansaço. E conseqüentemente na absorção menor daquele curso que você vai tá fazendo. (...) eu acho que a jornada de trabalho é uma coisa absurda. Como que pessoas da área de saúde, que tá cuidando de pessoas que precisam de você, e o hospital, a área de saúde, não preocupam com o bem-estar daquele profissional, é uma coisa tão... não tem cabimento... não entra na cabeça... não faz sentido. Sem sentido completamente, quer dizer, futuramente se a gente não cuidar, não saber administrar isso, na gente, a gente vai ser uma pessoa enferma. (...) Sendo que eu faço um MBA, que é pra dar um enfoque, onde? No meu trabalho. (...) Mais um motivo pra gente ser liberado. Tem hora que eu tô pós-plantão, 12/18 horas, e enfrento uma sala de aula o dia inteiro... Cê acha que eu vou absorver muito? Claro que não... claro que não. É uma coisa que você não entende... te tira... te dá com uma mão e te tira com outra... eu acho que é sem fundamento. (E08-H1)

Acho que...uma das dificuldades é a nossa carga horária que eu acho muito grande pro enfermeiro né...que acaba dificultando um pouco você querer fazer uma pós, fazer um mestrado, fazer alguma coisa e não dá...não dá para conciliar com o trabalho, com o trabalho de enfermeiro...eu acho que a profissão é muito pouco valorizada, tanto social quanto financeiramente, isso é muito pouco valorizado e acaba sacrificando muito. Hoje para você... ah, eu tô ganhando bem...você tem que tá trabalhando em dois, três empregos...você trabalhando em dois, três empregos você deixa de ter tempo para se...é...é estudar, buscar novos conhecimentos, você se não tem dois, três empregos, você ganha pouco, você não consegue pagar uma boa pós-graduação (...). (E17-H2)

A seguir, separaram-se dois relatos de enfermeiros do H1 sobre a falta de material, que traz impactos para uma atuação competente e para a gestão de competências dos referidos profissionais.

Talvez a falta de recursos, de materiais por que a gente trabalha com certa dificuldade aqui e isso às vezes deixa a gente... nos faz incompetentes, por que você não consegue resolver um problema por falta de tal material. (E02-H1)

(...) prejudica muito, porque você fica impossibilitado de às vezes fazer um trabalho adequado por falta de materiais ou mesmo de equipamentos. (...) Aqui como tem pouco tempo que eu estou, às vezes, aqui não acontece tanto, mas no outro setor era muita falta de funcionário, igual com eu já disse de equipamentos, então, às vezes acabava comprometendo né o nosso trabalho assim, às vezes eu acredito que isso nem seja é uma falta de competência nossa, né... não sei se seria, ok? (E11-H1)

Outras dificuldades apontadas pelos entrevistados de ambos os hospitais referem-se à falta de recursos humanos, no caso, os técnicos em enfermagem, e ao fato de os

enfermeiros dependerem de outros profissionais, recursivamente, do médico, como se pode verificar nos relatos abaixo:

(...) às vezes, alguns, por exemplo, médicos, pediatras que trabalham aqui, às vezes, tomam condutas erradas e eu sei que tá errado eu chego e falo e ele permanece, então isso aí as vezes atrapalha a gente. (...) então assim acaba que o cuidado poderia ter sido melhor do que foi administrado pra aquela criança né... Então a falta de material e a falta de pessoas interfere muito no nosso cuidado, às vezes, até a qualidade desse cuidado cai devido essa falta, mas claro que a gente procura, né, resolver as coisas com o material que a gente tem com a quantidade de pessoas que tem, mas infelizmente isso interfere. (E04-H1)

Eu acho que o fato da gente ser três, ser duas pra vários andares... Eu acho que isso dificulta. Porque você é um pra vários pacientes, então assim, é impossível prestar a assistência que deveria. Às vezes, a pessoa pode até ter muita boa vontade, ter muito estudo, estudar muito e ter boa vontade, só que infelizmente à gente é um só né. E é impossível você atender vários pacientes bem, sendo um só e tendo essa cobrança também da supervisora né. (...) E você vai deixando certas coisas mais fragilizadas, eu acho isso difícil. (E14-H2)

De acordo com Hausmann e Peduzzi (2009), o cuidado é considerado a marca e o núcleo do processo de trabalho de enfermagem, entendendo-se que o trabalho gerencial do enfermeiro deveria ter como objetivo a qualidade do cuidado de enfermagem, de modo que a divergência entre a dimensão assistencial e a gerencial compromete essa qualidade e gera conflitos no trabalho do enfermeiro, seja do profissional com a sua própria prática, seja na sua relação com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde. Completando o exposto, Backes *et al.* (2008) considera que, ao mesclar gerenciamento e o cuidado destinado ao paciente, o enfermeiro distancia-se deste último, por não conseguir acompanhar e avaliar a execução do cuidado planejado.

A FIG. 10 contribui para o entendimento do trabalho do enfermeiro nos hospitais abordados e das dificuldades encontradas nestes. Diante dessa imagem, todos os entrevistados, tanto do H1 quanto do H2, mencionaram a situação de emergência e urgência, e muitos consideram que a figura lembra correria, fato que acontece cotidianamente, principalmente no H1, o que remete à componente funcional, segundo o modelo analítico adotado.



Figura 10 – Emergência e urgência

Fonte: Gettyimages (2009)

Notem-se nos relatos a seguir:

Correria, aqui a gente corre o tempo inteiro. É admissão, é urgência, é emergência parando, é paciente ficando hipotenso. É paciente tendo de intubar de emergência. E corre o tempo inteiro. Tem tudo a ver com a gente. (E07-H1)

Sim, parece muita correria. Ah é aqui tem, querendo ou não aqui é [nome do setor] (...) a gente tem que sair correndo com ela pra ir lá, então a gente vê isso aí, além de ser também o dia a dia, a gente vê como dia a dia, correria, um corre-corre, mas aqui tem. (E09-H1)

O que que me lembra? Me lembra uma parada, todo mundo correndo pra atender o paciente. Acontece. (E14-H2)

Não, aqui não tem relação não, aqui a, os plantões aqui são muito tranquilos, muito tranquilos, me mostra correria, urgência o tempo todo, essa figura né, correndo pra atender, aqui normalmente as nossas urgências aqui são urgências bem tranquilas, são raras as intercorrências importantes que gente tem aqui, pelo menos nosso plantão não tem essa, essa correria toda, um negócio mais tranquilo. (E26-H2)

Condizente com essa questão, houve relatos dos entrevistados enfatizando que é importante saber priorizar as atividades diárias no ambiente hospitalar, o que foi considerado por 5 dos entrevistados de ambos os hospitais, demonstrando, mais uma vez, uma sobrecarga no trabalho do enfermeiro e uma fragmentação do cuidar. Seguem tais afirmações:

Aqui a gente trabalha muito, e a gente tenta fazer, trabalhar com as competências de forma de prioridade, né? Conforme a priorização. Como a gente tem muito serviço, às vezes, a gente não dá conta de fazer tudo durante o plantão. Então, as minhas competências são várias, eu tento trabalhar de forma com o que eu atenda primeiramente as urgências e posteriormente as outras coisas. (E07-H1)

Para trabalhar em hospital é necessário saber o que é prioridade. (E25-H2)

Nos comentários referentes às Figuras 11 e 12, ocorreram percepções similares dos entrevistados, relativas a um esgotamento profissional. Na primeira, todos os entrevistados do H1 e 6 do H2 visualizaram uma profissional cansada, o que traz implicações para ações pautadas na componente comportamental, de acordo com o modelo de Paiva (2007).



Figura 11 – Uma profissional no corredor

Fonte: Gettyimages (2009)

Notem-se alguns exemplos abaixo:

Final de plantão esse cansaço né essa posição que ela tá ali o e como que diz assim: nossa venci mais um dia, venci mais uma etapa. (E01-H1)

Cansaço... acho que é mesmo cansaço. (E06-H1)

É o plantão nosso sábado dia, e domingo dia. (risos) A gente anda isso aqui o dia inteiro, mortas. Fica as três, duas pro hospital inteiro e a gente fica morta. (E14-H2)

Ah eu acho que acontece, tem dias que a gente tá exausta, tem plantões assim que acabam com cê, aí chega uma hora que cê encosta você fala: "ai meu Deus queria tanto chegar em casa e tomar um banho, não tô aguentando mais." Acontece. (E21-H2)

Na FIG. 12, a maioria dos respondentes visualizou um profissional cansado, desesperado, sentindo-se impotente e, muitas vezes, devido a algum erro que ele cometeu.



Figura 12 – Profissional refletindo
Fonte: Gettyimages (2009)

Observem-se os relatos a seguir:

O que que eu fiz (risos) meu Deus deu tudo errado eu queria uma coisa aconteceu outra e essa é a vida. (E02-H1)

Um profissional que pode estar demonstrando cansaço ou que em algum procedimento que ele não atingiu o esperado, o paciente atingiu o óbito, alguma coisa assim. (E10-H1)

Ah isso aqui eu acho que é o final de um plantão super tumultuado, ou então, porque a pessoa aqui aparece assim que ela tá assim, é eu acho que é o final de um plantão que a pessoa já tá cansada. Ou então alguma cirurgia que deu errado, o paciente foi a óbito, alguma coisa assim. (E21-H2)

Desolado, preocupação por ter perdido algum paciente né. Por ter cometido algum erro que não deveria ter cometido, infelizmente acontece muito, uma área que não se pode errar, mas infelizmente errasse, e às vezes não é tão divulgado quanto deveria, da classe médica, por exemplo, mais... erros dos técnicos, erros da enfermagem, mas infelizmente acontece. (E25-H2)

Por fim, a FIG. 13 trouxe à tona, nas análises de 9 do total de entrevistados, as dúvidas que pairam na assistência à saúde, espelhando reflexões a respeito de

condutas que podem ou devem ser tomadas perante uma situação inesperada; a relação entre médico e enfermeira foi citada por 6 deles; a preocupação dos profissionais por 6 deles; e profissionais discutindo um caso clínico por 2 deles.



Figura 13 - Profissionais refletindo
Fonte: Gettyimages (2009)

Os relatos a seguir exemplificam a análise:

É eu acho que são, parece que a pessoa tem um pouco de dúvida, novamente mostrando que somos todos humanos e tamos aqui pra isso pra aprender a cada dia mais. (E03-H1)

Na verdade seria um enfermeiro né, informando para o médico alguma coisa que esteja acontecendo com o seu paciente né, então isso aqui às vezes acontece muito, eu, por exemplo, escuto muito algumas conversas... (E04-H1)

Preocupação, dúvida. (E06-H1)

É, parece que tá discutindo também um caso, né, um diagnóstico, alguma coisa assim, isso também é corriqueiro aqui no hospital né, essa relação. (E13-H2)

A figura onze eu acho que pode ser um questionamento que tá tendo entre os profissionais. É o que eu citei no começo da entrevista, você vem, fica acompanhando o paciente, sabe o que acontece com ele, vê que ele tá com algum problema então você acaba questionando com um médico, e às vezes ele fica em dúvida se a gente tá certa, o que a gente deixa de fazer entendeu? Acho que a figura onze, ela representa bastante isso um questionamento. (E18-H2)

Médico prescreveu errado, a enfermeira chegou pra ele pra poder rever a medicação. (E20-H2)

Diante desses achados, traçaram-se as seguintes considerações finais desta dissertação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar como se encontram configuradas e são geridas as competências profissionais de enfermeiros, em dois hospitais de um mesmo grupo situados em Belo Horizonte, pautando-se no modelo de Paiva (2007).

Para tanto, os temas abordados no referencial teórico foram: “Competências Profissionais”, “Gestão de competência” e “A atuação do enfermeiro e suas competências”. Deu-se ênfase ao modelo de competência profissional proposto por Paiva (2007), já que foi o parâmetro analítico adotado para fins desta pesquisa.

Foi realizada uma pesquisa descritiva com abordagem essencialmente qualitativa nos moldes de um estudo de caso. As unidades de análise foram os dois hospitais de um mesmo grupo, situados em Belo Horizonte, mas com características assistenciais diferentes. Os sujeitos de pesquisa foram enfermeiros desses hospitais, cujos entrevistados foram escolhidos pelo critério de acessibilidade. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e com aplicação de técnica projetiva. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Conforme delibera a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) dos hospitais já mencionados para aprovação, a qual se formalizou por meio do protocolo nº 005/2011.

Em relação aos objetivos específicos, o primeiro objetivo foi analisar como se encontram configuradas as competências profissionais de enfermeiros, na perspectiva deles próprios, de acordo com o modelo de Paiva (2007). Verificou-se que, no entendimento dos entrevistados sobre um profissional competente, tanto no Hospital 1 quanto no Hospital 2, os enfermeiros pautam suas competências principalmente na aprendizagem, na atitude e na administração, no gerenciamento. As competências relativas à liderança, tomada de decisão e comunicação são pouco percebidas no H1; já no H2, são estas somadas à visão estratégica. Tanto no H1 quanto no H2, a competência criatividade não é percebida pelos enfermeiros, sendo

que, no H1, a visão estratégica também não. A partir dessas respostas, pode-se analisar que todas as componentes das competências profissionais se fazem presentes para os respondentes de ambos os hospitais, tendo a cognitiva o maior destaque. As competências praticadas no cotidiano dos enfermeiros são as mesmas que estes relataram que acham importantes em um profissional. A componente comportamental aparece em relação ao trabalho em equipe e ao relacionamento dos entrevistados que ocorre nos hospitais do estudo; no entanto, ao analisar os dados advindos da técnica projetiva, nota-se uma assistência fragmentada ao paciente, não ocorrendo uma comunicação efetiva entre toda a equipe. O que se observa como justificativa são a sobrecarga de trabalho e a carga horária excessiva, referida pelos próprios entrevistados, além de uma dificuldade de relacionamento, principalmente com os médicos. No hospital 2, houve um destaque na dificuldade dos enfermeiros em se relacionar com os familiares dos pacientes.

O segundo objetivo específico tratava de analisar como são geridas as competências profissionais desses enfermeiros, na perspectiva deles próprios, de acordo com o modelo de Paiva (2007). Assim, os entrevistados dos dois hospitais consideram que os hospitais contribuem periféricamente para a formação e desenvolvimento principalmente das componentes funcional e cognitiva, que são as principais competências valorizadas pelos pesquisados, e que estas ocorrem mediante das experiências vivenciadas no próprio ambiente de trabalho e dos treinamentos realizados. Nota-se que há pouco investimento nos enfermeiros de ambos os hospitais e que, através da técnica projetiva de figuras, com os plantonistas da noite, é ainda menor a investidura.

Na opinião dos entrevistados, igualmente nos dois hospitais, o curso de graduação contribuiu muito pouco para o seu desenvolvimento, já que influenciou somente na formação da componente cognitiva, pois a maioria dos enfermeiros percebeu que a prática diária vai muito além do que foi ensinado na faculdade, havendo necessidade de outras experiências de aprendizagem. Quanto às instituições coletivas, a representatividade é quase inexistente. Assim, observa-se que a gestão das competências é centrada no indivíduo.

Ainda respondendo ao segundo objetivo específico, os pesquisados do hospital 1 e do hospital 2 consideram que os técnicos de enfermagem e todos os profissionais da equipe são os que mais contribuem para que o seu trabalho se efetive, apesar de eles demonstrarem, em outras respostas, que a equipe é fragmentada.

Nas falas dos entrevistados, alguns se sentem incomodados em realizar atividades que não lhes competem, mas que a prática diária a eles remete, como realizar atividades de “secretária”. Condizente com as respostas, os enfermeiros sentem dificuldades de desenvolver as componentes cognitiva e funcional, que são as que eles consideram mais importantes, o que se percebe ao relatarem que há falta de material para a realização das práticas diárias e que não conseguem estudar. Em ambos os hospitais, o que dificulta a gestão de competências é, principalmente, não conseguir estudar e a carga horária de trabalho ser excessiva. Por meio da técnica projetiva, os enfermeiros do hospital 1 relataram que cotidianamente eles realizam as suas atividades de forma rápida e que sempre estão sem tempo, implicando esgotamento profissional.

É importante frisar que tanto os enfermeiros do hospital 1 quanto os do hospital 2 enfatizam principalmente as faces cognitiva e funcional de suas competências profissionais, e a ética e política subsidiariamente, tendo eles muitas dificuldades na gestão de suas competências, a qual se realiza de modo solitário e descolado da prática multidisciplinar característica de seu trabalho. Percebe-se com este estudo que a comparação entre os dois hospitais demonstrou que há poucas diferenças nas competências que estes profissionais julgam necessárias o enfermeiro ter e a que eles efetivamente desenvolvem no seu cotidiano, não tendo tanta influência o setor que estes atuam (privado ou público, e mesmo dentro do próprio hospital).

Outra contribuição dessa dissertação relaciona-se à metodologia adotada, que contou com a técnica projetiva de figuras, conforme já mencionado, o que permitiu aprofundar a compreensão da realidade abordada. Por fim, um entrevistado relatou a contribuição da pesquisa para ele, o que o fez refletir sobre sua prática diária, como está explícito na fala abaixo:

Sim, eu acho que qualquer curso que você faz né, você lidar com pessoas, essa conversa que a gente tá tendo aqui, às vezes, eu tô te sensibilizando pra você ter uma nova visão, essas perguntas que você tá fazendo me faz também pensar, refletir, então, eu acho que assim é... uma coisa vai puxando a outra. (E20-H2)

Dentre as limitações desta pesquisa, pode-se citar a impossibilidade de se tecer generalizações, dada a opção pelo estudo de caso. Note-se, também, que não se conseguiu acesso às descrições de cargos ocupados pelos enfermeiros nos hospitais em estudo, para avaliar as competências exigidas formalmente desses profissionais, pois as descrições estavam sendo reformuladas e não ficaram prontas a tempo de participarem desta pesquisa.

Diante dos achados e das limitações do estudo, sugere-se ampliar a pesquisa para outros hospitais, filantrópicos, públicos e privados, de modo a estender suas considerações, identificando aspectos comuns e diferenciados conforme o ambiente e o contexto de trabalho, que possam contribuir para a identificação, a formação e o desenvolvimento de competências profissionais de seus enfermeiros. Atentando-se para a divisão técnica que ocorre na enfermagem, recomenda-se, também, estender a pesquisa para os outros membros da equipe de enfermagem, para se entender a visão destes sobre os sujeitos desta pesquisa e suas competências, além da inclusão, também, daqueles que compõem a equipe multidisciplinar: afinal, a promoção da saúde no contexto hospitalar depende de todos os profissionais envolvidos na assistência, cuja qualidade depende da competência de cada um e de todos de modo integrado.

REFERÊNCIAS

ALPERSTEDT, C. A questão das competências na área da Saúde: um convite à reflexão. **Mundo da Saúde**. 1999 Maio-Jun; 23 (3): 185-6.

ALVES, Marília; BRITO, Maria José Menezes. O trabalho da Enfermagem na ótica do enfermeiro. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte , v.5, n.9-10 , p.51-61, jul./dez.1999.

ALVES, Marília; PENNA, Cláudia Maria de Mattos; BRITO, Maria José Menezes. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v.57, n.4 , p. 441-446, jul.ago. 2004.

ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER,F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Thomson, 1999.

BACKES DS, LUNARDI VL, LUNARDI WDFILHO. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto,14(1):132-5, janeiro-fevereiro, 2006.

BACKES, Dirce Stein; BACKES, Marli Stein; SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Ciências Cuidados Saúde**; 7(3): 319-326, jul.- set. 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARROS, L. E. V. **Competências profissionais e sua gestão na área da saúde: um estudo de caso com médicos de um hospital privado mineiro**. 2011. 115 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Administração), Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2011.

BRANDÃO, Hugo Pena; ZIMMER, Marco Vinício; PEREIRA, Carolina Guarçoni; MARQUES, Fernanda; COSTA, Helder Viana; CARBONE, Pedro Paulo; ALMADA, Valéria Ferreira de. Gestão de desempenho por competências: integrando a gestão por competências, o *balanced scorecard* e a avaliação 360 graus. **RAP — RIO DE JANEIRO** 42(5):875-98, SET/OUT. 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988, 292p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)**, 2001(a).

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001(b)**. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>> Acesso em 15 de janeiro, 2011.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**: Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.corenmg.org.br>. Acesso em 15 de janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS** (2011). Disponível em www.datasus.gov.br. Acesso em 18.07.2011.

BRITO, Maria José Menezes. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados em Belo Horizonte**. 2004. 393 f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CAMPOS, Ernesto de Souza; ALMEIDA, Teófilo de. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Divisão de Organização Hospitalar, 1944.

CARVALHO, E. C. A produção do conhecimento em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.6, no.1, Jan. 1998.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007. 162 p.

CHIRELLI, MQ. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA**. RIBEIRÃO Preto (2002). Doutorado. – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

COLLIS,J; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2.ed.Porto Alegre: Bookman, 2005.

CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?. **Texto & Contexto-enfermagem**, Florianópolis , v.15, n.3 , p.479-482, jul. 2006.

DADOY, M. As Noções de Competência e Competências à Luz das Transformações na Gestão da Mão de obra. In: TOMASI, A (org.). **Da Qualificação à Competência: pensando o século XXI**. Campinas, SP: Papyrus, 2004.

DEI SVALDI, J.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; GOMES, G.C. Apropriação e uso de conhecimentos de gestão para a mudança de cultura na enfermagem como disciplina. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 15(3): 500-7, Jul-Set. 2006.

DIAS, H. C. V. B. **Competências do Enfermeiro: um estudo em um hospital privado de Belo Horizonte**. 2009. 146 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Administração), Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2009.

DUGUÉ, E. A lógica da Competência: o retorno do passado. In: TOMASI, A (org.). **Da Qualificação à Competência: pensando o século XXI**. Campinas, SP: Papyrus, 2004.

DUTRA, Joel Souza. **Gestão por competências: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas**. 2. ed. São Paulo: Gente, 2001. 130p.

DUTRA, Joel Souza. **Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna**. São Paulo: Atlas, 2004. 206p.

ERDMANN, A.L. *et al.* A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.4, p.637-43, jul./ago.2009.

FELDMAN LB, RUTHES RM, CUNHA ICKO. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 61(2): 239-42, mar-abr, 2008.

FLEURY, M. T. L. ; FLEURY, A. Em busca da competência. In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS, 1, 2000, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ENEO, 2000.

FLEURY, Afonso Carlos Correa; FLEURY, Maria Tereza Leme. **Estratégias Empresariais e Formação de Competências**. São Paulo: Atlas, 2001.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, Artmed, 2009. 164 p.

FONTANELLA, B. J. B.; RICA, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (1): 17-27, jan, 2008.

FOUCAULT, Michel; MACHADO, Roberto. **Microfísica do poder**. 15.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000. 296p.

GEOVANINI, Telma et al. **Historia da enfermagem: versões e interpretações**. 2.ed. Rio de Janeiro: RevinteR, 2005. 338p.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Rev Latino-am.Enfermagem**. vol. 13 n.6 Ribeirão Preto Nov./ Dez. 2005.

GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE. **Relatório Anual e Balanço Social**. 2009.

GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE. **Relatório Anual e Balanço Social**. 2010.

GUIMARÃES, Tomas de Aquino. A nova administração pública e a abordagem da competência. **Revista de Administração Pública**; 34(4), p. 01-13, jul.-ago. 2000.

HALAL, Iná S. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.28, no.2, Apr. 1994.

HAUSMANN, M. e PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 18(2): 258-65, Abr-Jun. 2009.

KOBAYASHI, R.M.; LEITE, M.M.J. Desenvolvendo competências profissionais do enfermeiros em serviço. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 63(2), p. 243-9, mar-abr. 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 315 p.

MARQUIS BL, HUSTON CJ. **Administração e liderança em enfermagem**: teoria e aplicação. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1999.

MARTINS, Christiane et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto & Contexto-enfermagem**, Florianópolis , v.15, n.3, p.472-478, jul. 2006.

MARTINS, V. L. V. **Competências profissionais de enfermeiros-gestores**: um estudo no Hospital Governador Israel Pinheiro. 2010. 102 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Administração), Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2010.

MARX. L. C. **Competências da enfermagem**: sedimentadas no sistema *primary nursing*. Petrópolis, RJ: EPU, 2006.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-enfermagem**, Florianópolis , v.15, n.3 , p.508-514, jul. 2006.

MELO, M. C. O. L. *et al.* Em busca de técnicas complementares em pesquisa qualitativa no campo da administração. In: EnEPORQUE, 1, 2007, Recife, PE. **Anais...** Recife, PE: ANPAD, 2007.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BR). **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996: estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1996 dez 23;34 (248) Seção 1:27. 833-41.

MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro**: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010

MUNARI, Denize Bouttelet; BEZERRA, Ana Lucia Queiroz. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. **Rev Bras Enferm**, Brasília , v.57, n.4 , p. 484-486, jul./ago. 2004.

NASCIMENTO, Estelina Souto do, et al. Formação por competência do enfermeiro: alternância teoria-prática, profissionalização e pensamento complexo. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.56, n.4 , p.447-452, jul./ago.2003.

OGUISSO, Taka (org). **Trajetória Histórica e Legal da Enfermagem**. SP: Manole, 2ªed.2007. 277p.

PAIVA, Kely César Martins de. **Gestão de competências e a profissão docente: um estudo em universidades no estado de Minas Gerais**. 2007. 278 f. Tese (Doutorado em Administração) - CEPEAD, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2007.

PAIVA, K. C. M.; MELO, M. C. O. L. Competências profissionais docentes e sua gestão em universidades mineiras. In: HELAL, D. H.; GARCIA, F. C.; HONÓRIO. L. C. **Gestão de Pessoas e Competência: Teoria e Pesquisa**. V. 1, Curitiba, PR: Juruá Editora, 2008. (p. 313-338) (a)

PAIVA, K C M; MELO, M C O L. **Competências, Gestão de Competências e Profissões: Perspectivas de Pesquisa**. Revista de Administração Contemporânea, v. 12, n. 2, p. 339–368, 2008. (b)

PAIXÃO, Waleska. **História da enfermagem**. 5. ed. rev. aum. Rio de Janeiro: J. C. Reis, 1979. 138p

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto-enfermagem**, Florianópolis , v.15, n.3 , p.492-499, jul. 2006.

RAMOS, M. N. **A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

RODRIGUEZ, E. O. L.; TREVIZAN, M. A.; SHINYASHIKI, G. T. Reflexões conceituais sobre comprometimento organizacional e profissional no setor saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, 16(3), maio-junho, 2008.

ROCHE, J. A Dialética Qualificação-Competência: estado da questão. In: TOMASI, A (org.). **Da Qualificação à Competência: pensando o século XXI**. Campinas, SP: Papyrus, 2004.

ROQUETE, R. F. **Competências Profissionais de Professores-Arquitetos: um estudo em três universidades da cidade de Belo Horizonte.** 2009. 136 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Administração), Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2009.

SAAR, Sandra Regina da Costa. **Especificidade do enfermeiro: uma visão multiprofissional.** 136f. 2005. Tese (Doutorado em enfermagem fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SANNA, Maria Cristina. A estrutura do conhecimento sobre Administração em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 3, jun. 2007.

SANTOS, Geralda Fortina dos. Formação do enfermeiro na perspectiva das competências: uma breve reflexão. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.1, p. 66-71, jan./fev. 2004.

SANTOS, Iraci dos; DOURADO, Tatiane. Atividades da enfermeira no processo de trabalho da assistência de enfermagem: cuidados diretos e indiretos ao cliente hospitalizado. **Brazilian Journal of Nursing** [online], vol.6, nº0, jan-2007.

SANTOS JUNIOR, W. J. **Competências Profissionais de Enfermeiros: um estudo em um hospital filantrópico mineiro.** 2011. 89 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Administração), Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2011.

SANT'ANNA, A.S. O Movimento em Torno da Competência sob uma perspectiva Crítica. In: HEDAL, D.H.; GARCIA, F.C.; HONÓRIO, L.C. (Coord.) **Gestão de Pessoas e Competência: teoria e pesquisa.** V.1., Curitiba, PR: Juruá Editora, 2008. (p. 239-253)

TREVISAN, Maria Auxiliadora. **Enfermagem hospitalar: administração & burocracia.** Brasília: Ed. UnB, 1988. 142p.

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

TOMASI, A. Introdução. In: TOMASI, A (org.). **Da Qualificação à Competência: pensando o século XXI.** Campinas, SP: Papirus, 2004.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 93 p.

VIEIRA, Adriane; LUZ, Talita Ribeiro. Do saber aos saberes: Comparando as noções de qualificação e de competência. **O&S**, v.12, n.33, Abril/ Junho, 2005.

ZARIFIAN, Phillippe. **Objetivo Competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001. 197 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Competências Profissionais de Enfermeiros: um estudo comparativo entre dois hospitais de Belo Horizonte”.

Você foi selecionado aleatoriamente e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo geral deste estudo é analisar como se encontram configuradas e são geridas as competências profissionais de enfermeiros em dois hospitais de um mesmo grupo situados em Belo Horizonte.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista e responder a um formulário de identificação com dados demográficos e funcionais.

Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, pois se trata de responder a perguntas sobre você e seu trabalho.

Os benefícios relacionados com a sua participação são o melhor entendimento acerca de sua profissão, de sua identidade profissional e de suas competências profissionais e, a partir dessas informações, contribuir com melhorias nas políticas e práticas de gestão de pessoas.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Aline Borges Moreira

Telefone: 31- 9681.1398

e-mail: alineborgesmoreira@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome: _____

Endereço:

CEP:

Telefone:

APÊNDICE B – Formulário de identificação e roteiro de entrevista

Competências Profissionais de Enfermeiros: um estudo comparativo entre dois hospitais de Belo Horizonte

Entrevistado (para controle interno): _____

Dados Demográficos e Funcionais

<p>1 – Sexo</p> <p>a. () Masculino b. () Feminino</p> <p>2 – Faixa Etária</p> <p>a. () até 25 anos b. () de 26 a 30 anos c. () de 31 a 35 anos d. () de 36 a 40 anos e. () de 41 a 45 anos f. () de 46 a 50 anos g. () mais de 51 anos</p> <p>3 – Estado Civil</p> <p>a. () solteiro b. () casado c. () desquitado / divorciado / separado d. () viúvo e. () união estável f. () outro: _____</p> <p>4 – Escolaridade</p> <p>a. () Ensino superior completo b. () Especialização c. () Mestrado d. () Doutorado</p> <p>5 – Tempo de formado:</p> <p>a. () até 1 ano b. () de 1,1 a 2 anos c. () de 2,1 a 5 anos d. () de 5,1 a 10 anos e. () de 10,1 a 15 anos f. () de mais de 15 anos</p>	<p>6 – Há quanto tempo você trabalha neste hospital?</p> <p>a. () menos de 1 ano b. () de 1,1 a 5 anos c. () de 5,1 a 10 anos d. () de 10,1 a 15 anos e. () de 15,1 a 20 anos f. () mais de 20 anos</p> <p>7 – Cargo: _____</p> <p>8- Há quanto tempo você atua neste cargo?</p> <p>a. () menos de 1 ano b. () de 1,1 a 5 anos c. () de 5,1 a 10 anos d. () de 10,1 a 15 anos e. () de 15,1 a 20 anos f. () mais de 20 anos</p> <p>9 – Quanto tempo de experiência você tem como enfermeiro, incluindo sua atuação em outras organizações?</p> <p>a. () menos de 1 ano b. () de 1,1 a 5 anos c. () de 5,1 a 10 anos d. () de 10,1 a 15 anos e. () de 15,1 a 20 anos f. () mais de 20 anos</p>
--	---

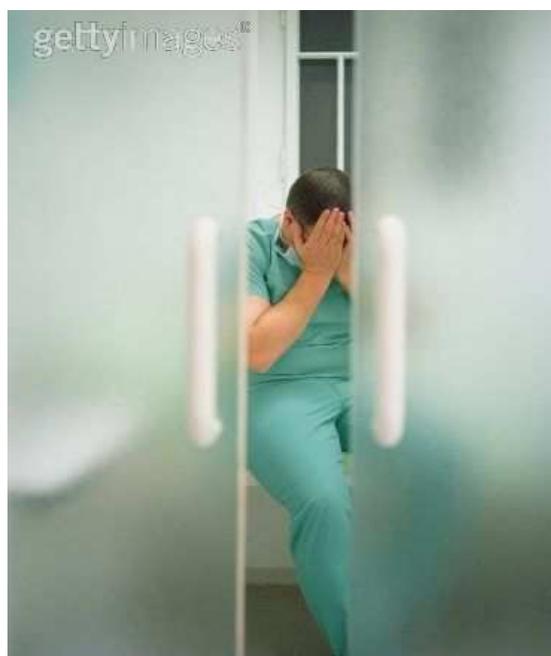
Roteiro de Entrevista

Minha pesquisa é sobre competências profissionais e começa com a seguinte pergunta:

- 1- Por favor, apresente-se para mim, contando como chegou a este cargo, neste hospital.
- 2- Na sua opinião, o que é um profissional competente, de modo geral?
- 3- E na área de saúde?
- 4- Como você faz para ser competente, de uma maneira geral?
- 5- E neste hospital?
- 6- Que dificuldades você enfrenta para se desenvolver, se manter competente?
- 7- O hospital contribui de alguma forma para seu desenvolvimento? Como?
 - a. Hoje, atuando no hospital, como você avalia seu curso de graduação?
 - b. O seu curso contribui para a formação e o desenvolvimento de suas competências profissionais? Explique ou dê exemplos.
- 8- Você participa do conselho profissional?
 - a. Qual?
 - b. Ele contribui de alguma forma para seu desenvolvimento?
 - c. Como?
- 9- E de sindicatos?
 - a. Qual?
 - b. Ele contribui de alguma forma para seu desenvolvimento?
 - c. Como?
- 10- E de associações profissionais?
 - a. Qual?
 - b. Ele contribui de alguma forma para seu desenvolvimento?
 - c. Como?
- 11- Como são seus relacionamentos:
 - a. Com seus colegas de profissão
 - b. Com colegas de setor
 - c. Com superiores
 - d. Com subordinados (caso exerça função gerencial)
 - e. Com pacientes (e familiares)
- 12- Dos outros profissionais que atuam no hospital, quais contribuem para a efetividade do seu trabalho?
 - a. Você os considera competentes? Por quê?
- 13- Como você acha que os demais colegas percebem sua profissão aqui dentro?
- 14- Aqui estão algumas figuras e gostaria que você comentasse cada uma delas com base no seu trabalho neste hospital.







15- Deseja acrescentar algo?
Muito obrigado!