

FACULDADE NOVOS HORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração

Mestrado

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS GESTORES DE
UNIDADES DE SAÚDE NO SETOR PÚBLICO DE CONTAGEM-MG**

Selma Costa de Sousa

**Belo Horizonte
2010**

Selma Costa de Sousa

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS GESTORES DE
UNIDADES DE SAÚDE NO SETOR PÚBLICO DE CONTAGEM-MG**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para a 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
2010

S725c

Sousa, Selma Costa de

Competências profissionais de enfermeiros gestores de unidades de saúde no setor público de Contagem-MG / Selma Costa de. – Belo Horizonte: FNH, 2010.

147 f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Kely César Martins de Paiva
Dissertação (mestrado) – Faculdade Novos Horizontes,
Programa de Pós-graduação em Administração

1. Competências - Gestão. 2. Desenvolvimento gerencial.
3. Gerentes. 4. Gerência. 5. Competência profissional -
Enfermeiros. 6. Recursos humanos. I. Paiva, Kely César
Martins de. II. Faculdade Novos Horizontes, Programa de
Pós-graduação em Administração. III. Título

CDD: 658.409

Ficha elaborada pela Bibliotecária da Faculdade Novos Horizontes

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Declaro ter procedido à revisão na Dissertação de Mestrado, área de concentração: Organização e Estratégia, de autoria de SELMA COSTA DE SOUSA, sob a orientação da Profa. Dra. KELY CÉSAR MARTINS PAIVA, apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, intitulada: "COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS-GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE NO SETOR PÚBLICO DE CONTAGEM - MG", contendo ____ páginas.

Dados da revisão:

Ortográfica

Redação

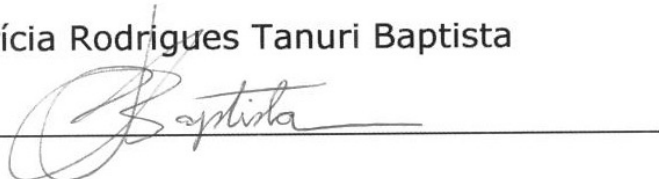
Normalização bibliográfica

Início: 17/02/2010 Término: 20/02/2010

Belo Horizonte, 20/02/2010.

Prof.(a): Patrícia Rodrigues Tanuri Baptista

Assinatura: _____



Dedico à minha mãe, pelo apoio carinho e dedicação ao longo dessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto da colaboração de muitas pessoas. Dentre elas gostaria de agradecer:

Agradeço a Deus pela presença “forte” em minha vida.

A Secretaria de Saúde de Contagem, que permitiu a realização da pesquisa.

Aos gerentes e aos funcionários das Unidades de Atendimentos de Urgência de Contagem, principalmente aqueles que se dispuseram a participar, na certeza de que muito contribuíram com a vivência profissional.

À professora Dr^a Kely Paiva, que me acolheu, orientou e conduziu de forma suave e valiosa. Agradeço cada palavra, cada linha escrita, cada conversa, cada discussão. Agradeço seu carinho, preocupação e atenção. Minha admiração e respeito. Muito obrigada!

Aos professores e funcionários da Faculdade Novos Horizontes.

Aos colegas e amigos do mestrado.

Aos meus familiares, a minha mãe pelo amor incondicional, pela postura forte e positiva frente a todos os percalços da vida. O que penso, acredito e o que sou hoje é fruto da orientação que me deu, buscando sempre me guiar pelo melhor caminho. Ao meu pai pelo exemplo e esforço que foram bases para minha formação. A meus irmãos, Soraya e Vinícius, pelo incentivo e amizade.

Ao Nico, pelo apoio, companheirismo, me dando força e coragem para esta vitória.

A Maíra, fonte de inspiração e amor, por alegrar todos os dias de minha vida. Desculpe-me por tantas horas de ausência.

À Regina, e colegas do SAST, pelo suporte e ajuda desde o início desta caminhada.

Às amigas Isabela, Valdelaine, Divane, Rita Sibebe, Jussara, Juliana, que me incentivaram de maneira marcante nesta minha jornada.

À todas as pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse possível.

*Estou cansado, é claro,
Porque, a certa altura, a gente tem que estar cansado.
De que estou cansado, não sei:
De nada me serviria sabê-lo,
Pois o cansaço fica na mesma.
A ferida dói como dói
E não em função da causa que a produziu.
Sim, estou cansado,
E um pouco sorridente
De o cansaço ser só isto —
Uma vontade de sono no corpo,
Um desejo de não pensar na alma,
E por cima de tudo uma transparência lúcida
Do entendimento retrospectivo...
E a luxúria única de não ter já esperanças?
Sou inteligente; eis tudo.
Tenho visto muito e entendido muito o que tenho visto,
E há um certo prazer até no cansaço que isto nos dá,
Que afinal a cabeça sempre serve para qualquer coisa.*

(De Fernando Pessoa por Álvaro Campos)

RESUMO

O objetivo geral desta pesquisa foi descrever e analisar como se dá a gestão de competências profissionais de enfermeiros-gerentes no setor público de saúde. O referencial teórico foi dividido em duas temáticas centrais: Gerência e gerentes, aprofundando na gerência em enfermagem, e Competências profissionais, dando ênfase à competência gerencial e à competência em enfermagem. A pesquisa foi descritiva, documental e de campo, com abordagem qualitativa. As unidades de análise foram as enfermeiras em cargo de gestão no setor público de saúde em Unidades de Atendimento Imediato na cidade de Contagem. Já as unidades de observação foram tais enfermeiras (quatro) e também outros profissionais que trabalham com elas (24), incluindo-se tanto subordinados como superiores. Todos foram escolhidos por acessibilidade e intencionalidade, tendo em vista os objetivos da pesquisa. Para a coleta de dados, foram utilizados: levantamento documental, entrevistas estruturadas e observação direta. Para a análise dos dados, foram realizadas análise documental e análise de conteúdo. No total, foram entrevistados médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, técnico de enfermagem e odontólogo. Dentre eles, 26 são mulheres (92,9%), a maioria está na faixa etária de 31 a 35 anos e 39,3% delas são solteiras. A maior parte dos entrevistados tem curso de especialização em alguma área. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, 12 estão na instituição há mais de 21 anos (46%) e o tempo na função é semelhante ao anterior. Diante dos dados da pesquisa, percebe-se que as competências profissionais das enfermeiras-gerentes das UAI's (Unidades de Atendimento Imediato) de Contagem abordadas são gerenciadas por meio de esforços individuais (empenho próprio), coletivos (no convívio diário e nas conversas com outros profissionais) e organizacionais (treinamentos, cursos, etc. patrocinados pela secretaria), tendo sido relatados resultados no micro contexto das UAI's, observados tanto pelas próprias enfermeiras-gerentes, como por outros profissionais (terceiros) que lá trabalham. Note-se que a inclusão da percepção de terceiros constituiu um avanço no campo de pesquisa das "competências profissionais", podendo-se observar não apenas a opinião dos profissionais a seu próprio respeito, como também a de outros que podem legitimar e validar tais competências e processos de formação e desenvolvimentos a eles relacionados. Esse avanço é conceitualmente relevante tendo em vista os tradicionais conceitos e modelos de competências profissionais e, principalmente, o modelo analítico adotado nesta dissertação (PAIVA, 2007), no qual ele se destaca no que diz respeito à gestão de competências. Após apontar limitações da pesquisa, sugestões para investigações futuras foram apresentadas.

Palavras-chave: gestão de competências. Competências profissionais. Competências gerenciais. Gerência. Gerente. Enfermagem. Enfermeiro. Setor público de saúde.

ABSTRACT

The objective of this research was to describe and analyze ways in which the management skills of nurse-managers in the public health sector. The theoretical framework was divided into two central themes: Management and managers, going deeper into the nursing management and professional skills, with emphasis on managerial expertise and competence in nursing. The research was descriptive, documentary and with fieldwork, with a qualitative approach. The units of analysis were the nurses in charge of management in the public health in Urgency Units in Contagem city. Since the units of observation were such nurses (four) and also other professionals who work with them (24), including both subordinates and superiors. All were chosen for accessibility and intentionality, in view of the research objectives. For data collection were used: documentary surveys, structured interviews and direct observation. For data analysis was performed document analysis and content analysis. In total, we interviewed doctors, nurses, social workers, physiotherapists, nursing technical and dentist. Among them, 26 are women (92.9%), most are aged 31 to 35 years and 39.3% of them are single. Most respondents have current expertise in some area. Concerning the time in the institution, 12 are in the institution for more than 21 years (46%) and the time on the job is similar to the previous. Given the survey data, it is perceived that the professional skills of nurse managers UAI's (Urgency Units) of Contagem addressed are managed through individual efforts (own efforts), collectives (in daily contact and conversation with other professionals) and organizational (training, courses, etc.. sponsored by the secretariat), which has reported results on the micro context of UAI's, is seen as much by their own nurse managers, and other professionals (others) who work there. Note that the inclusion of the perception of others was a breakthrough in the search filed on the "professional skills", it can be observed not only the professionals' opinion about himself, but also of others that may legitimize and validate such competence and training and formation processes as well as developments related to them. This advance is conceptually relevant in view of the traditional concepts and models of professional skills and, especially, the analytical model adopted in this dissertation (Paiva, 2007), in which it stands out concerning management skills. After pointing out limitations of the research, suggestions for future research were presented.

Keywords: Management competition. Professional competition. Managerial competition. Management. Manager. Nursing. Nurse. Public health sector.

RESUMEN

El objetivo general de esta pesquisa fue describir y analizar cómo se lleva a cabo la gestión de competencias profesionales de enfermeros gerentes en el sector público de salud. El referencial teórico fue dividido en dos temáticas centrales: Gerencia y gerentes, profundizándose en la gerencia en enfermaje y Competencias profesionales, dando énfasis a la competencia gerencial y a la competencia en enfermaje. La pesquisa fue descriptiva, documental y de campo, con abordaje cualitativo. Las unidades de análisis fueron las enfermeras en cargo de gestión en el sector público de salud en Unidades de Atendimento Inmediato en la ciudad de Contagem. Ya las unidades de observación fueron tales enfermeras (cuatro) y también otros profesionales que trabajan con ellas (24) incluyéndose tanto subordinados como superiores. Todos fueron escogidos por accesibilidad y intencionalidad, mirando los objetivos de la pesquisa. Para la colecta de datos, fueron utilizados: levantamiento de documentos, entrevista estructuradas y observaciones directas. Para el análisis de los datos, fueron realizados análisis de documentos y análisis de contenido. En total, fueron entrevistados médicos, enfermeros, asistentes sociales, fisioterapeutas, técnicos de enfermaje y odontólogo. Dentre ellos, 26 son mujeres (92,9%), la mayoría está en la franja etaria de 31 a 35 años y el 39,3 % de ellas son solteras. La mayor parte de los entrevistados tiene curso de especialización en algún área. Cuanto al tiempo de trabajo en la institución, 12 están en la institución hace más de 21 años (46%) y el tiempo en la función es semejante al anterior. Delante de los datos de la pesquisa, se nota que las competencias profesionales de las enfermeras gerentes de las UAI's (Unidades de Atendimento Inmediato) de Contagem abordadas son gerenciadas por medio de esfuerzos individuales (empeño propio), colectivos (en el convivio diario y en las conversaciones con otros profesionales) y organizacionales (entrenamientos, cursos, etc. Patrocinados por la concejalía) siendo relatados resultados en el micro contexto de las UAI's, observados tanto por las propias enfermeras gerentes como por otros profesionales (terceros) que allá trabajan. Nótase que la inclusión de la percepción de terceros constituye un avance en el campo de pesquisa de las "competencias profesionales", pudiéndose observar no solamente la opinión de los profesionales a su propio respecto sino que la de otros que pueden legitimar y validar tales competencias y procesos de formación y desarrollos a ellas relacionados. Ese avance es conceptualmente relevante considerándose los tradicionales conceptos y modelos de competencias profesionales y, principalmente, el modelo analítico adoptado en esta disertación (PAIVA, 2007), en el cual él se destaca en lo que dice respecto a la gestión de competencias. Tras señalar limitaciones de la pesquisa, sugerencias para investigaciones futuras fueron presentadas.

Palabras Clave: Gestión de competencias. Competencias profesionales. Competencias gerenciales. Gerencia. Gerente. Enfermaje. Enfermero. Sector público de salud

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
CNE – Conselho Nacional de Educação
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CRM – Conselho Regional de Medicina
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
EPEE – Escola Profissional para Enfermeiras e Enfermeiros
EV – Endovenosa
FAMUC – Fundação de Assistência Médica de Contagem
GPV – Geraldo Pinto Vieira
IM – Intramuscular
MS – Ministério da Saúde
PMC – Prefeitura Municipal de Contagem
PACS – Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PSF – Programa Saúde Família
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMSC – Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
SURGE – Superintendência de Urgência e Emergência
SUS – Sistema Único de Saúde
UAI – Unidade de Atendimento Imediato
UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de competência profissional.....	41
Figura 2 – Modelos de gestão, competências e papéis gerenciais.....	48
Figura 3 – Mapa de Contagem, Divisão Administrativa	62
Figura 4 – Organograma compacto de uma UAI	80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de entrevistados por faixa etária	68
Gráfico 2 – Percentual de entrevistados, por estado civil	68
Gráfico 3 – Percentual de entrevistados por nível de escolaridade	69
Gráfico 4 – Percentual de entrevistados por profissão	69
Gráfico 5 – Percentual de entrevistados, por tempo de trabalho na SMSC.....	70
Gráfico 6 – Total de entrevistados, por cargo ocupado na SMSC atualmente	70
Gráfico 7 – Percentual de entrevistados, por tempo no cargo na SMSC.....	71
Gráfico 8 – Percentual de entrevistados, por tempo na função	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Mitos e verdades mais comuns sobre as funções do dirigente.....	29
Quadro 2 – Competências do profissional	39
Quadro 3 – Componentes da competência profissional – competências específicas	40
Quadro 4 – Correntes analíticas da gestão de competência	45
Quadro 5 – Competências e habilidades específicas ao profissional enfermeiro	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – O gerente ideal, na percepção dos entrevistados	73
Tabela 2 – O gerente real, na percepção dos entrevistados	76
Tabela 3 – O enfermeiro-gerente ideal, na percepção dos entrevistados.....	81
Tabela 4 – O enfermeiro gerente real, na percepção dos entrevistados	84
Tabela 5 – Diferenças entre o enfermeiro-gerente ideal e o real, na percepção dos entrevistados	87
Tabela 6 – Características de um enfermeiro-gerente competente, de um modo geral, na percepção dos entrevistados	90
Tabela 7 – Considerações dos entrevistados acerca da competência dos enfermeiros gerentes, nas UAI's.....	93
Tabela 8 – Processos de formação e desenvolvimento de competências dos enfermeiros gerentes, na percepção dos entrevistados	95
Tabela 9 – Dificuldades do enfermeiro-gerente para formar e desenvolver suas competências, na percepção dos entrevistados	98
Tabela 10 – A contribuição da Secretaria Municipal de Saúde para a formação e o desenvolvimento das competências dos enfermeiros gerentes das UAI's, na percepção dos entrevistados	101
Tabela 11 – Como as enfermeiras-gerentes se vêem, na percepção dos entrevistados.....	103
Tabela 12 – Como as enfermeiras-gerentes são vistas pelos membros da equipe, na percepção dos entrevistados	106
Tabela 13 – Relacionamento do enfermeiro-gerente com os outros gerentes da SMSC, segundo a percepção dos entrevistados	109
Tabela 14 – Relacionamento do enfermeiro-gerente com os outros membros da equipe, na percepção dos entrevistados.....	111

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivos	23
1.1.1 Objetivo geral	23
1.1.2 Objetivos específicos	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1 Gerência e gerentes.....	25
2.1.1 Gerência na enfermagem	31
2.2 Competências profissionais	35
2.2.1 Gestão de competências	42
2.2.2 Competência gerencial.....	46
2.2.3 Competências na enfermagem	49
2.3 Formação gerencial em enfermagem no Brasil	51
3 METODOLOGIA	55
3.1 Caracterização da pesquisa	55
3.2 Unidades de análise e observação	56
3.3 Técnicas de coleta de dados	56
3.4 Técnicas de análise de dados.....	57
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	60
4.1 O Município de Contagem e a saúde pública	60
4.2. Dados demográficos e funcionais dos entrevistados	67
4.3 Sobre a competências das enfermeiras-gerentes das UAI's de Contagem-MG	72
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	120
ANEXOS	128
Anexo A – Organograma “oficial” da SMSC.....	128
Anexo B – Organograma da SMSC parte I	129
Anexo C – organograma da SMSC parte II.....	130
Anexo D – Organograma da SMSC parte III.....	131
APÊNDICES	132
Apêndice A – Dados Demográficos	132
Apêndice B – Roteiro de Entrevistas.....	133

1 INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal, em outubro de 1988, foi um marco da consolidação de um conjunto de normas representativas dos anseios da sociedade brasileira; como documento político, ela agrega os valores sociais e reflete o ambiente em que foi gerada. A Constituição registra de modo positivo uma série de princípios e de fundamentos, sobre os quais se assentam a legalidade dos atos que promovem as ações administrativas que patrocinam a execução das políticas públicas. Alguns princípios, que interessam ao campo da saúde, foram explicitados e, portanto, tornaram-se imediatamente exigíveis os valores por eles expressos. Assim, o preceito constitucional que caracteriza o Brasil como Estado Democrático de Direito, com fundamento dentre outros na cidadania e na dignidade da pessoa humana, impõe aos poderes de Estado a obrigação de que todos os direitos e liberdades inscritos na Carta Magna serão viabilizados (DALLARI, 1995).

Ainda no que concerne aos princípios e diretrizes constitucionais que afetam diretamente o setor saúde, como campo de atividade econômica e espaço de ação de profissionais especializados, é importante lembrar que a Carta Constitucional vincula a consecução do direito à saúde à realização de políticas sociais e econômicas, que reduzam o risco de doença e outros agravos, que promovam o acesso às ações e serviços de saúde. Ela determina os objetivos do setor: a recuperação, a promoção e a proteção da saúde do cidadão brasileiro. O Artigo 196 da Constituição Federal, além desses preceitos, claramente registra que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo um acesso universal e igualitário (DALLARI, 1995).

Inserida no Capítulo II, Dos Direitos Sociais, a saúde é citada, na nova redação dada pela Emenda n° 29/2000 ao Artigo 6° da Constituição Federal, nestes termos:

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma dessa Constituição. (BRASIL, 1988, p.1)

Sendo assim, a saúde passa a ser direito de todos a partir da Constituição de 5 de outubro 1988 com objetivo de acabar com a desigualdade na assistência à população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento público (BRASIL, 1990). A promoção à saúde se dá por um conjunto de ações que visam promover e recuperar a saúde das populações, tendo em vista melhores condições de vida, condições estas afetadas por problemas estruturais como educação, emprego e habitação (NETO *et al.*, 2001).

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde, SUS, tem papel fundamental. Ele surgiu de lutas desde os anos 70 envolvendo movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários e outros, e foi definido como conjunto de ações e serviços de saúde prestados por várias instituições dos três níveis do governo (União, Estados e Municípios) e pelo setor privado, contratado e conveniado. Este foi regulamentado por meio da Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990, que, em seu Art. 1º, escreve:

Essa lei regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990, p. 1).

O processo de implantação do SUS tem sido orientado por Normas Operacionais instituídas por meio de portarias ministeriais (ABRANTES, 2005). As Normas Operacionais de Assistência à Saúde, NOAS, e as Normas Operacionais Básicas de Saúde, NOBS, definem as competências de cada esfera de governo e os critérios de habilitação para receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde. Tais normas delinearão as funções dos componentes do SUS em busca de melhoria das condições de saúde à população, desencadeando o processo de descentralização administrativa e política, a progressiva municipalização do sistema e o desenvolvimento de organismos colegiados e controle social (AERESTRUP; TAVARES 2008).

Os principais programas desenvolvidos pelo SUS para beneficiar a população são: os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, PACS, considerados estratégicos e transitórios para estabelecer vínculo entre os serviços de saúde e a população; e o Programa Saúde Família, PSF, uma estratégia de mudança do modelo assistencial, ou seja, uma reorientação do sistema de saúde. Este último é

composto por uma equipe multidisciplinar (enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde – ACS), sendo função dessa equipe identificar os problemas de saúde da população e as necessidades da comunidade através de planejamento, prioridades e organização do atendimento (ABRANTES, 2005).

A urgência e emergência começaram a se destacar no cenário do SUS a partir da Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002, que, em seu Art. 1º, aprova em forma de Anexo, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Este estabelece os princípios e diretrizes dos sistemas de urgência e define normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência, determinando a coordenação do Sistema Estadual de Urgência e determinando recursos para área da urgência (assistência hospitalar e pré-hospitalar, centrais de regulação de urgência e capacitação de recursos humanos). No CAPÍTULO III, sobre o Atendimento pré- hospitalar fixo, ela define:

O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Este atendimento é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (que serão abordados no Capítulo IV). (BRASIL, 2002, p. 1)

No atendimento de urgência e emergência, destaque-se a unidade não hospitalar de atendimento 24 horas onde foi desenvolvida esta dissertação. No Capítulo III da referida portaria sobre Unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências, elas estão descritas do seguinte modo:

Essas unidades, que devem funcionar nas 24 horas do dia, devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1). Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município sede de módulo assistencial disponha de, pelo menos uma, dessas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência. (BRASIL, 2002, p.1)

Desse modo, ocorreram diversas transformações na saúde, implicando

universalização, equidade ao acesso ao serviço, integralidade da assistência, regionalização dos serviços de saúde, execução dos distritos sanitários, desenvolvimento de organismos colegiados e controle social, descentralização administrativa e política e o desenvolvimento de políticas de recursos humanos. (BRASIL, 1990).

Quanto à direção do SUS, a Constituição Federal prescreve que ela é única e exercida por meio de órgãos em seus diversos níveis: Ministério da Saúde (União), Secretaria de saúde Estadual ou equivalente (Estados e Distrito Federal) e Secretaria de saúde municipal ou equivalente (Municípios) (BRASIL, 1988). O SUS poderá se organizar em distritos – Distritos Sanitários, “são regiões de um município com poder decisório sobre as características da assistência à saúde”. A necessidade desses distritos se dá devido ao fato de naquela região adscrita se concentrarem e se articularem “recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.” (ABRANTES, 2005).

Em tais órgãos, trabalham gestores, ou seja, indivíduos encarregados de fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente dentro das esferas do governo. Como membro da equipe do SUS, o enfermeiro trabalha para a melhoria das condições de saúde da população. Como observado por Aarestrup e Tavares (2008), a enfermagem, a cada dia, aumenta a sua relevância na atuação do SUS e as contribuições do enfermeiro na política de saúde e seu desempenho profissional vêm sendo valorizados, contribuindo também para a gestão de sistemas de saúde.

Azevedo (2000), citada por Aguiar *et al.* (2005), relata que as implicações sociopolíticas, econômicas e culturais do SUS propõem um quadro no qual a gerência no trabalho do enfermeiro é um desafio para este “novo” Sistema de Saúde, demandando novas determinações nas organizações e na dinâmica dos processos de trabalho administrativo.

Assim, o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, tem apresentado mudanças em seu comportamento profissional, fato diretamente relacionado às suas competências à medida em que os resultados do seu trabalho geram impactos e são reconhecidos pelos demais membros da sua equipe. Azevedo (2000), citada

por Aguiar *et al.* (2005), sublinha que, com as mudanças, os enfermeiros devem reposicionarem-se para as novas perspectivas da profissão, das políticas de saúde e do trabalho gerencial.

Nesse sentido, autores dissertam sobre as mudanças técnicas, organizacionais e econômicas que vêm ocorrendo no mundo empresarial. Dentre eles, Alves *et al.* (2008) relatam que o desenvolvimento tecnológico, a complexidade das organizações e as pressões externas têm exigido alterações significativas nas estruturas organizacionais, nos modelos gerenciais e nas relações de trabalho. Munari *et al.* (2003) concordam que inovações tecnológicas provocaram mudanças no contexto empresarial, com reflexos no mercado de trabalho, em especial, na área de saúde.

Nesse contexto de grandes mudanças, os trabalhadores sofrem com as pressões para que haja aumento da produtividade, o que não difere na área de saúde na qual, segundo Aguiar *et al.* (2005), as diferenças salariais são visíveis e as novas profissões têm se constituído um desafio para os sujeitos, necessitando promover sua adaptação, desenvolvimento pessoal e profissional para conviver com a nova realidade retratada. Convém ressaltar que a administração pública, em geral, tem algumas especificidades, e gerenciar uma instituição pública difere das demais instituições.

A Administração pública tem características particulares e complexas sobre o aspecto gerencial, quais sejam:

- Individualização dos serviços, o que dificulta qualquer tentativa de sua padronização em serviços e custos;
- Diversificação dos recursos humanos, quanto aos níveis acadêmico, social e econômico;
- Diversificação das fontes de financiamento da atenção médica;
- Dificuldade na avaliação do “produto final”;

- Existência de um forte aspecto emocional nos serviços de saúde – envolvidos com sentimentos como alívio, esperança, cura, morte, dor, incerteza e medo;
- Existência de desdobramento de autoridade em dois níveis, o hierárquico e o informal, baseado em conhecimento, prestígio e
- Convívio direto dos funcionários das instituições de saúde com problemas e sofrimentos dos pacientes, e até com a sua morte. (SELLES; MINADEO, 2006, p. 2-3).

Tohá e Solari (1997, p. 93) assinalam que o papel do gerente público está entre a “política e a burocracia, entre as exigências de flexibilidade e de controle, entre a preocupação de responder às necessidades dos clientes e a limitação da disponibilidade de recursos” e, também, de conhecer as especificidades do setor e ter capacidade de liderar, ter criatividade e administrar a política.

Quanto aos conflitos nas instituições de saúde, estes se devem ao fato de que as tarefas são complexas, exigindo aptidões e equipes diversas e também um alto grau de comprometimento das equipes. Desse modo, a gestão de serviços de saúde deve ser feita por profissionais, como em qualquer outra organização. De acordo com Selles e Minadeo (2006), o microambiente de uma instituição de saúde é constituído da comunidade, da mídia, dos clientes internos, dos fornecedores, dos intermediários ou dos distribuidores, concorrentes e usuários.

Já em relação aos gestores da esfera pública, especificamente, Junquillo (2000, p. 18) definiu as seguintes características gerais básicas de seu perfil:

Autodidata na formação gerencial; cordial – usa o coração e razão; contemporizador – procura evitar conflitos diretos; acostumado ao imediatismo – “semeador” criativo e sensível à suas instituições; habituado ao sincretismo casa e rua – ao pessoal e impessoal; versátil para contornar regulamentos formais sem fugir à legalidade; dividido quanto ao dilema entre “estar” gerente e “ser” gerente servidor público.

Diante de tais demandas, Sperling (2002) afirma que os gerentes públicos passaram a discutir suas funções a partir da necessidade de transformar suas práticas a favor da organização, discutindo suas funções, papéis e habilidades, em face das

exigências externas. Da mesma forma, Melo e Santos (2007) destacam que, com a expansão do conceito de gestão e gerência, o profissional enfermeiro vem se destacando e ocupando cargos na gestão do SUS.

No caso da saúde, e especificamente no ensino da enfermagem moderna no Brasil, até então, este era direcionado para o modelo biologicista no qual a prática da categoria era voltada para os hospitais. A implantação do SUS no Brasil trouxe o desafio de redirecionar as práticas de enfermagem para o atendimento integral à saúde coletiva. A reforma sanitária ampliou o campo de ação dos enfermeiros, promovendo sua participação na gestão do processo como membro da equipe de saúde (BERNARDINO; ELDA; CIAMPONE, 2006). Note-se que os profissionais de saúde durante a sua formação acadêmica são treinados para atuarem exclusivamente na área técnica e mesmo esforçando-se com dedicação não significa necessariamente que darão respostas consistentes aos usuários do serviço de saúde (SELLES; MINADEO, 2006).

Conforme retratado por Selles e Minadeo (2006), Neto *et al.* (2001) e Bocchi e Favero (1996), o profissional enfermeiro, desde a década de 40, tem exercido o cargo de gerência dos serviços de enfermagem, principalmente hospitalares. Isso indica um percurso histórico diferenciado desse profissional que tem assumido cargos de gerências administrativas em várias instituições de saúde. Segundo Brito (2004), diversos autores pontuam o enfermeiro como elemento chave em instituições hospitalares, porque eles desempenham papéis relacionados à prestação de cuidado e à gerência da assistência. A autora pontua que eles têm assumido gerências intermediárias nas instituições de saúde, e que a gerência de cúpula tradicionalmente fica a cargo do profissional médico. Porém, tem-se observado grandes mudanças desse aspecto.

Um caso típico de decepção no atendimento é dos hospitais. Como em muitos casos são os médicos que administram, predomina a ótica pelo serviço em si mesmo, isto é, o serviço tenta ser executado com perfeição sob o ponto de vista técnico, mas sem qualquer consideração pelo paciente como ser humano consumidor deste serviço (SALLES; MINADEO, 2006, p. 77).

Essa percepção é compartilhada por Brito (2004) quando relata que tradicionalmente os enfermeiros assumem cargos de gerenciamento da assistência, o que reflete sobre as mudanças nessa ótica de gestão. Esse fato já havia sido observado em outra pesquisa realizada pela autora (BRITO, 1998), na qual se percebeu que as enfermeiras hospitalares têm se deslocado de questões específicas da assistência e assumido unidades funcionais incorporando novas funções, como: gestão de recursos humanos, materiais, financeiros, negociações intra e extraorganizacionais.

No setor público de saúde, especificamente, Brito (2004) afirma que a enfermeira tem assumido cargos gerenciais e estratégicos, inclusive superintendências, compreendendo trabalhos de variadas naturezas, como contratação de pessoal, desenvolvimento de programas de capacitação e de controle de produtividade, gestão financeira, negociação de contratos e até questões relacionadas ao faturamento hospitalar. Brito (2004) ainda relata que a enfermagem não ocupa cargos gerenciais somente em hospitais e nas organizações da rede privada. Existem estudos em Belo Horizonte que mostram que 49,15% dos gerentes em Centros de saúde são enfermeiros.

Diante desse cenário e da natureza das atividades do enfermeiro, o problema de pesquisa pode ser resumido a partir da compreensão da dificuldade e da necessidade desse profissional em desenvolver e gerenciar suas competências profissionais, especialmente as gerenciais, que permitam e promovam comportamentos assertivos no seu processo de trabalho, no âmbito do setor público de saúde.

Assim, a pergunta norteadora deste estudo é: **como se dá a formação e o desenvolvimento de competências profissionais de enfermeiros-gerentes no setor público de saúde?** Para responder a essa pergunta, foram traçados os objetivos geral e específicos desta dissertação, conforme se segue.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

O objetivo geral consiste em descrever e analisar como se dá a formação e o desenvolvimento de competências profissionais de enfermeiros–gerentes no setor público de saúde, em UAI's de Contagem.

1.1.2 Objetivos específicos

Visando cumprir o objetivo geral, pretende-se, portanto, especificamente:

- I) descrever e analisar como se encontram configuradas as competências profissionais dos enfermeiros-gerentes, na percepção deles próprios;
- II) descrever e analisar como tais competências são percebidas por outros atores sociais (subordinados, superiores, etc.);
- III) descrever e analisar como se dá a formação e o desenvolvimento de competências do enfermeiro-gerente, na percepção deles próprios;
- IV) descrever e analisar como se dá a formação e o desenvolvimento de competências do enfermeiro-gerente, na percepção dos outros atores sociais considerados;
- V) comparar os dados provenientes dos enfermeiros e dos outros atores sociais, com vistas ao aprofundamento acerca da compreensão da realidade vivenciada pelo enfermeiros-gerentes.

Justifica-se a realização desta pesquisa, basicamente, em função de dois argumentos:

- I) argumento acadêmico: devido à carência de pesquisas que considerem os vários atores sociais envolvidos na realidade do trabalho do enfermeiro-gerente no setor público de saúde, tendo em vista uma percepção da

competência como algo mais amplo, reconhecido e validado por terceiros (PAIVA, 2007; PAIVA; MELO, 2008);

- II) argumento pragmático: tendo em vista a possibilidade de contribuir com processos de melhorias no campo da gestão que possam se originar a partir do conhecimento gerado com a pesquisa desenvolvida.

Esta dissertação está estruturada nos seguintes capítulos, além desta introdução: referencial teórico (gerência e gerentes e gerência na enfermagem; competências profissionais, gestão de competências, competências gerenciais e competências na enfermagem), formação gerencial em Enfermagem no Brasil, metodologia, apresentação e análise de dados e considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para aprofundar nas temáticas da pesquisa proposta nesta dissertação, serão apresentadas as duas temáticas centrais, subdivididas da seguinte forma neste referencial teórico: Gerência e gerentes, aprofundando na gerência em enfermagem, e Competências profissionais, detalhando aspectos da gestão de competências, da competência gerencial e da competência em enfermagem.

2.1 Gerência e gerentes

Já no início do capitalismo, surgiu a necessidade da função de gerência e coordenação. Houve esforço para desconsiderar a diferença entre a força de trabalho e o trabalho que pode ser obtido por meio dela. O sistema de pagamento de tarefas permaneceu até o fim do séc. XIX, mas era incompatível com o desenvolvimento geral da produção capitalista. Esse modo de produzir e acumular riqueza encara o trabalho como qualquer outra mercadoria trazendo problemas como irregularidades da produção, perdas materiais em trânsito, desfalques, lentidão, dentre outros. Para a gerência, era necessário reunir os trabalhadores sob o mesmo teto, impor aos trabalhadores horas regulares de trabalho com períodos de repouso e alimentação para fins de disciplina. Controlar o trabalho do outro passou a ser necessário (BRAVERMAN, 1977).

A introdução da gerência científica contribuiu para uma série de transformações no capitalismo, tornando menos operantes as formas antigas de produção, nas quais o trabalhador-artesão tinha controle de todo o processo do trabalho. Desse modo, privilegiou-se outra maneira de produzir que reunia a divisão do trabalho à especialização do trabalhador, permitindo que sua destreza e técnica fossem capazes de executar as tarefas com menos tempo e com mais eficiência, nos moldes “científicos” tayloristas (BRAVERMAN, 1977). Para Taylor (1970), o gestor teria como grande responsabilidade harmonizar o interesse do trabalhador com o da gerência, por meio da organização de um dia de trabalho produtivo.

Já Fayol (1990), pertencente à mesma escola de Administração, a conhecida como Clássica ou Científica, tinha uma percepção mais gerencial, indicando como tarefas básicas da gerência o planejamento das ações e dos resultados pretendidos, a organização dos recursos, o comando e a coordenação dos subordinados, e o controle dos resultados, em face do planejado.

Chanaron e Perrin¹ (1986), citados por Machado (2007), escrevem sobre a cientificidade “mecânica” da divisão do trabalho. Porém, segundo a autora, a noção de cientificidade não foi capaz de evitar algumas contradições como o fato de que o pessoal responsável pelo planejamento não ter tido acesso a todos os conhecimentos do processo do trabalho e continuarem a necessitar dos trabalhadores para fazer funcionar as máquinas, sendo necessária uma gerência que os coordenasse e comandasse. O papel dos gerentes se define em meio de diversas abordagens relacionadas à Administração, com várias significações que vão desde o processo de trabalho intermediário, ao controle, ao comando da organização e à liderança de seus subordinados (BRAGA; LIMA, 2007).

Existem três explicações para caracterizar as origens da gerência: a técnica, a política e a de elite. Na técnica, propõe-se que os gerentes surgiram e propagaram-se como um novo grupo de especialistas para coordenar e administrar quando a situação se complica nas unidades de custos. Na explicação de elite, o surgimento se dá por mecanismos sociais e econômicos que um grupo de pessoas (os gerentes) “arrogava para legitimar-se como tal”. Na explicação política, o gerente apresenta-se como especialista com o objetivo de controlar o trabalho (DAVEL; MELO, 2005).

Daí ocuparem espaços intermediários na cadeia hierárquica das empresas e responsabilizarem-se pela intermediação das relações de poder entre os dois polos na divisão do trabalho: trabalhadores e proprietários. Eles desenvolveram uma identidade coletiva e, após esse processo de construção da identidade, os gerentes – *homo administrativus* - podem ser representados de diversas maneiras, como, por

¹ CHANARON, Jeans-Jacques; PERRIN, J. **Science, technologie et modes d' organization du travail**. *Sociologie du Travail*. N. 1, 1986.

exemplo: alocadores de recursos, inovadores, improvisadores, participantes da conversa estratégica, implementadores de mudanças e mesmo desenvolvedores de novos produtos. A Administração e a gerência intermediária são uma posição cheia de trabalhos complexos e dilemas a serem resolvidos, alimentam a dinâmica organizacional e garantem o sucesso empresarial (DAVEL; MELO, 2005).

Sobre a importância da dinâmica gerencial e de sua origem em área privada, Sarsur, Nunes e Bandeira (1998) concordam com Motta (1991) quando este relata que esses profissionais eram encarregados de executar ordens de diretores, proprietários e conselhos, sublinhando que a categoria profissional tem dado sentido e direção nas empresas que gerenciam e estes trabalham mais que seus superiores. O gerente personaliza-se no cotidiano da empresa tornando-se elemento central no processo de trabalho e devendo estar preparado para a tomada de decisões. Configura-se como de extrema importância para o contexto organizacional, tendo sido frequentemente pesquisado no mundo acadêmico (SARSUR; NUNES; BANDEIRA, 1998). Braga e Lima (2007), por exemplo, destacam que o gerente é alguém que infunde seus valores pessoais e profissionais em toda a organização, com vistas ao atingimento de seus objetivos.

Do mesmo modo, a função gerencial que desempenham demanda conhecimento e responsabilidade para atingir metas, alcançar produtividade e competitividade. Os conhecimentos mais importantes são os conhecimentos gerenciais e técnicos do trabalho (CAMPOS, 2004).

Dessa forma, o gestor é alguém que dirige as atividades de outra pessoa e assume responsabilidade de atingir determinados objetivos por meio da soma de esforços. Apoiar-se em três habilidades: técnica, humana e conceitual. A primeira compreende conhecimento especializado e aptidões analíticas. Ela é uma habilidade concreta que exige especialização de quase todas as pessoas. A habilidade humana diz respeito à habilidade das pessoas trabalharem com as outras, participarem de um grupo. Por fim, a habilidade conceitual é a habilidade de considerar a empresa como um todo. Note-se que todas as habilidades estão interligadas dentro de uma organização. À medida que o gestor vai subindo na hierarquia, é demandado que ele utilize mais habilidade conceitual que técnica; quanto à humana, ela é

necessária em todos os níveis hierárquicos ocupados por um gestor (KATZ, 1986).

Segundo Mintzberg (1986), as funções dos gerentes são caracterizadas pela fragmentação das atividades, pelo ritmo intenso de trabalho e pela preferência por contatos verbais. Os principais papéis por eles desempenhados são os interpessoais, informacionais e decisórios compostos, por sua vez, de 10 papéis secundários que se referem ao tempo gasto pelo gerente em suas atividades rotineiras. Como papéis interpessoais (símbolo, líder e agente de ligação), o autor escreve que o papel existe em decorrência da sua posição hierárquica formal, de autoridade, dentro e fora da organização. Nos papéis informacionais (observador, difusor e porta-voz), o gerente participa de uma rede de informação. Por fim, nos papéis decisórios (empreendedor, regulador, distribuidor de recursos e negociador), a autoridade formal faz que com que esse profissional decida pela organização. Tais papéis envolvem processos de tomada de decisão: para Simon (1965), o gerente é aquele que toma decisão, entende a situação e os problemas da organização, identifica as causas, avalia e controla os resultados.

Paiva e Mageste (2008) fizeram um levantamento bibliográfico alinhando diversos autores que tratam da questão gerencial em três instâncias de análise, a saber: a ação, a devoção e a desilusão. No campo da ação, as autoras recorrem a Motta (1991) que menciona três habilidades necessárias para o trabalho do gerente: “organizacional, interpessoal e individual”. Tais habilidades são necessárias em face da fragmentação da função gerencial que, segundo o autor, também se caracteriza por ser permeada de mitos e verdades a seu respeito. Os mitos e verdades observados por Motta (1991) estão sistematizados no QUADRO 1.

MITOS	VERDADES
Pessoa com status, autoridade e poder tem sala imponente em andar elevado. Toma decisões rápidas, analisa informações e supera obstáculos, confiante e segura no sucesso das decisões (imagens de “super-homem”).	Pessoa com status às vezes duvidoso; poder e autoridade dependente de injunções contínuas e de informações obtidas de várias maneiras. Negocia assuntos diversos, ganhando e perdendo, tenso, nervoso e incerto quanto ao resultado das decisões.
Atuação baseada em ações ordenadas e planejadas, num processo decisório acentuadamente racional e impessoal.	Atuação baseada em ações desordenadas e intermitentes, um processo decisório marcado também por decisões intuitivas e influenciadas por lealdades pessoais e comunicações verbais face a face.
Preocupação prioritária com políticas, diretrizes e desenvolvimento futuro da organização.	Preocupação prioritária com operações atuais e solução de problemas prementes.
Trabalho programado, com algumas fases previsíveis e problemas antecipados para enfrentar contingências e superar dificuldades.	Trabalho não-programado, em grande parte imprevisível. Enfrentamento constante de contingências e de problemas desconhecidos.
Instrumentos de trabalho: objetivos, planos, programas, metas, resultados e prazos.	Instrumentos de trabalho: surpresas, sustos, contingências, problemas.
Reúne-se para planejar e resolver problemas.	Reúne-se para discutir as dificuldades das rotinas e debater temas na presunção de que poderá haver problemas.
Recebe informações fundamentais para a decisão através de relatórios de assessores, memorandos internos, impressos e computadores e informações orais em reuniões programadas.	Recebe informações fundamentais através de um sucessivo e variado número de contatos pessoais, por comunicação verbal, telefonemas, bate-papos informais e em reuniões de última hora.
Comportamento formal e contemplativo.	Comportamento informal e interativo.
Trabalha com sistematização, afincado e profundidade em um número reduzido de tarefas e informações mais importantes para a tomada de decisão.	Trabalha assistematicamente, de forma superficial e intermitente em um grande número de tarefas, exercendo funções diferentes no que se refere a cada tarefa.
Trabalho prospectivo, de médio e longo prazos, orientado para soluções e integrado com as diversas áreas da organização.	Trabalho restritivo, de curto prazo, orientado a problemas e fragmentado no que se refere às diversas áreas de organização.

Quadro 1 – Mitos e verdades mais comuns sobre as funções do dirigente
 Fonte: Motta (1991, p. 24-25).

Desse modo, o cotidiano do gestor envolve ações e atitudes de variadas naturezas. Paiva e Mageste (2008) escrevem que a ação gerencial está voltada para atuação diária, atribuições técnicas, exigências, avaliação, contradições, fragmentações e desafios que o gerente enfrenta, a exigência de desempenharem diversos papéis, por vezes, simultaneamente. Já a devoção incorpora as categorias cultura e tempo, pois, segundo as autoras, os gerentes têm uma função política que, às vezes, é contraditória. Elas citam outros autores que tratam da escravidão do homem em relação ao tempo, da manipulação do tempo em prol do poder, da necessidade de humanizar o espaço organizacional. Sobre desilusão gerencial, as autoras indicam que as “contradições e fragmentações vivenciadas pelos gerentes acabam por gerar um certo desânimo”, a contradição citada trata-se da “evitação” de conflitos, das necessidades de desempenharem múltiplos papéis, fazendo com que haja uma

“supressão do tempo” e a preponderância do tempo da organização sobre os tempos individuais de seus membros, afetando suas famílias, principalmente, se o gerente for do sexo feminino ou casado. As autoras ainda descrevem mudanças que vêm ocorrendo no que diz respeito ao tempo e aos avanços tecnológicos e suas consequências decorrentes na relação entre o sujeito e o tempo, em várias de suas facetas.

Por outro lado, o gerente é um reproduzidor da ideologia do sistema, ele é um mediador dos interesses organizacionais e do seu próprio. Segundo Pagès *et al.* (1987), no papel de mediador, o poder e o sucesso gerencial baseiam-se em sua capacidade de usar conhecimentos para encontrar respostas para um sistema capitalista em transformação. Assim, ele facilita a “construção de um ideário simbólico” juntando esforços para que todos tenham o mesmo objetivo da organização (DAVEL; MELO, 2005). Convém lembrar que McClelland (1987) afirmou que o poder é um grande motivador para o executivo, com base em seus estudos com vários administradores e comprovando que eles desempenham bem suas funções quando são motivados pela necessidade de poder.

Sobre as práticas de gestão, Reed (1997) afirma que o estudo da gerência tem se assentado em três perspectivas: técnica, política e crítica. Para a técnica, os gerentes buscam organizar o comportamento organizacional e têm como elementos estruturais as diferenciações funcionais internas e o grau de centralização da tomada de decisão. A perspectiva política vê a gestão como um fato social, no qual existe regulação de conflitos em meios inseguros acerca dos critérios de avaliação organizacional; assim, os gerentes utilizam mecanismos de coordenação e controle, resolvendo desacordos com o exercício do poder. E a perspectiva crítica retrata o poder econômico, por meio de processos nos quais se priorizam os conflitos e as tensões; ela apoia-se na teoria Marxista e indica que o empregado é controlado e dirigido para a promoção de interesses mais amplos do capital. Percebendo que a gestão é mais que a simples soma dessas perspectivas, Reed (1997) propõe a abordagem praxeológica, de maneira a integrar as três anteriores, indicando a riqueza e a complexidade do trabalho gerencial, o qual deve se adequar aos espaços onde é realizado. Dessa forma, convém discutir a gerência na enfermagem.

2.1.1 Gerência na enfermagem

Para o Ministério da Saúde, segundo a Norma Operacional Básica NOB-96, o termo gerência é a administração de uma unidade ou órgão de saúde, que se caracteriza como prestador de serviços de saúde do SUS. Já a gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde das três esferas (municipal, estadual, nacional), por meio de coordenação, articulação, negociação, controle e outros (AARESTRUP; TAVARES, 2008).

O Ministério da Saúde tem se preocupado em capacitar os profissionais da Saúde em todos os campos e níveis. No âmbito da gestão, três iniciativas significativas merecem destaque: o Projeto de desenvolvimento gerencial de Unidades de Saúde, Gerus, dirigido aos gestores das unidades básicas de saúde; o curso para gestão de secretários municipais de saúde e o curso para equipes gestoras. Entretanto, percebe-se uma fragmentação desses cursos, porque, quando do retorno dos indivíduos ao ambiente de trabalho, eles não conseguem colocar em prática o que aprenderam no curso de capacitação, indicando um desnível que precisa ser suprido (OPAS, 2003).

O modelo de educação continuada, constituído pelos cursos clássicos de atualização profissionais – com enfoque em temas, que reproduzem a abordagem disciplinar ou das especialidades (conteúdo fragmentados), baseados principalmente na atualização técnico – científica, seja na pedagogia da transmissão e memorização de conhecimentos, seja com a inserção de métodos ativos – acaba por produzir todos os vieses negativos da formação tradicional. Além disso, reduzem à falta de conhecimento (domínio cognitivo) toda a explicação para as impossibilidades de transformação das práticas (OPAS, 2003, p. 3).

No setor público de saúde, a autonomia dos gestores de Unidades Básicas de Saúde, UBS, fica restrita ao plano formal e às regulamentações. Eles não contam com orçamentos próprios, não podem contratar ou demitir servidores porque estes têm estabilidade em função do processo de admissão por meio de concursos públicos. Já nos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, PACS, e no Programa Saúde Família, PSF, a maioria das contratações é feita por meio da legislação comum, ou seja, os empregados são celetistas de organizações parceiras, porém existem dificuldades de, no mesmo local de trabalho, os indivíduos terem atribuições semelhantes e receberem salários diferenciados. Por outro lado, a

título de exemplo de falta de autonomia, observe-se que, em caso de necessidade de fechamento das Unidades de Saúde para treinamentos visando à melhoria dos serviços, há que se obter a permissão formal de estâncias superiores, sendo esta publicada em diário oficial (ANDRE; CIAMPONE, 2007).

Além de todas as limitações de ordens práticas, financeiras e legais (legislação municipal), ainda existem as ligadas às políticas partidárias, nas quais os gestores de UBS são nomeados por indicação política, relações de amizade e confiança, isto é, são os cargos de confiança e, daí, ocupados temporariamente, sem perspectiva de carreira já que, saindo os prefeitos, estes também serão substituídos (ANDRE; CIAMPONE, 2007).

Os serviços de Saúde (hospitais, ambulatórios, centros de saúde, as unidades do PSF e outros) possuem um processo de trabalho diferente do produzido na indústria. Produzem-se atos (consultas, cirurgias, exames, etc.), efeitos (expectativas de cura, consequências de intervenções e outros), objetos (radiografias, aparelhos gessados etc.) e, às vezes, mercadorias (prótese, marca-passo etc.), sendo que estas não podem ser generalizadas como uma produção fabril. Assim, essa prestação de serviços requer a participação ativa do usuário-cliente, consultando, cedendo material para exames, acatando tratamento, etc. Há que se ressaltar as questões éticas e morais envolvidas na prestação de serviços de saúde (NETO *et al.*, 2001). Semelhante ao serviço de saúde, o trabalho de enfermagem também não produz bens a serem consumidos e comercializados, mas estes produzem serviços que são consumidos no ato de sua produção. (FELLI; PEDUZZI, 2005)

Existem diversas unidades de produção e subunidades, rotinas e procedimento monitorado por diferentes níveis de controle (municipal, estadual e nacional). Dentro de cada serviço, as gerências respondem por parte do trabalho (NETO *et al.*, 2001). A gestão de serviços de saúde compreende o processo saúde-doença. O modelo assistencial para intervir neste processo tem dimensões políticas, administrativas e técnicas. A diretriz da política de saúde tem que estar organizada e tecnicamente direcionada para a realidade epidemiológica. O modelo de gestão do serviço de saúde permite transitar do modelo assistencial para o modelo de atenção à saúde,

do tradicional para o modelo de produção social da saúde, e do modelo clínico para o modelo epidemiológico. Dessa forma, o gestor de serviços de saúde deve ser capaz de conduzir as equipes agregando esforços, utilizar recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos, dar soluções dos serviços de saúde na área de abrangência, ser resolutivo, conforme o modelo assistencial pautado na epidemiologia social. Para isso, é necessário que se desenvolva um modelo de gestão pertinente e capaz de favorecer ações para a manutenção desse processo (ANDRE; CIAMPONE, 2007). Nesse caso, a questão da competência desse profissional é central, pois seus conhecimentos são mobilizados em um determinado contexto físico e político, gerando certos resultados que são alvo de avaliação de diversos outros atores sociais.

Melo e Santos (2007) acrescentam que gestor é o responsável pela gerência e coordenação de programas, serviços e atividades do SUS. Com a expansão do conceito de gerência, destaque-se neste cenário o enfermeiro como co-gestor dos serviços de saúde. Conforme Fernandes *et al.* (2003), a enfermeira tem desempenhado papel de controle dos demais elementos da equipe de enfermagem, determinando e checando as atividades desenvolvidas pela equipe, centrando a sua atividade administrativa e burocrática, e distanciando-se na sua função de gerenciamento do cuidado de enfermagem. Isso retrata a formação e o desenvolvimento de competências distintas das “originárias” da função.

Para atender às demandas do SUS, é necessário um gerente com perfil diferenciado. Para solucionar essa dificuldade, o desenvolvimento da competência interpessoal do profissional enfermeiro faz-se de grande importância neste contexto (AGUIAR *et al.*, 2005). Citando Urbanetto e Capella (2004), Aguiar *et al.* (2005) discorrem sobre a responsabilização dos cursos de graduação na formação do enfermeiro enquanto gestor e líder de uma equipe de trabalho, exigindo conhecimento adequado, que muitas vezes não é priorizado durante a formação desse profissional.

Nesse sentido, Brito (2004) cita Fekete² (2000), relevando a diferenciação entre o

2 FEKETE, M. C. A. A qualidade da prestação do cuidado em saúde. In: CAMPOS, *et al.* (Orgs). Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. OPAS/MS – NESCON. 2000. p.51-57.

gerenciamento do cuidado e o gerenciamento de serviços de saúde, tendo em vista que a prática da enfermagem, principalmente em hospitais, sempre foi voltada para o primeiro.

No que se refere à gerência dos serviços, a mesma consiste na administração de uma unidade ou órgão de saúde, ou seja, ambulatório, hospital, instituto, fundação etc. que se caracteriza como prestador de serviços ao SUS (BRASIL, 1996, p. 1).

Segundo o Conselho Nacional de Educação (CNE), em termos das competências profissionais na enfermagem, os profissionais devem estar aptos a serem gestores, reconhecerem-se como coordenadores do trabalho em equipe de enfermagem, reconhecerem o papel do enfermeiro para atuar em atividades política e de planejamento em saúde, etc (AARESTRUP; TAVARES, 2008).

Greco (2004) descreve que o mercado espera do profissional enfermeiro capacidade para enfrentar conflitos, negociar, propor entre outros, ou seja, espera-se do enfermeiro capacidade para gerenciar. Essa observação também foi feita por Fernandes *et al.* (2003), quando escrevem sobre as mudanças nos processos de trabalho atuais que buscam modelos de assistências e novas formas de gestão no mundo empresarial, incluindo os hospitais. Segundo os autores, cabe aos enfermeiros que cuidam do gerenciamento do cuidado acompanhar essa mudança, buscarem inovações na esfera gerencial que permita amenizar as consequências do modelo de gerência clássica que predomina nas instituições de saúde.

Assim, o gerenciamento na profissão da enfermagem é parte de seu processo de trabalho, buscando maneiras de adequar modelos administrativos à sua rotina, sem se afastar do cuidado do paciente. Note-se que profissionais competentes tecnicamente podem se perder ao gerenciar serviços por não conseguirem atingir o equilíbrio entre a tomada de decisões e a implantação das ações (JORGE *et al.*, 2007), atribuições características do exercício da função gerencial.

Sobre a formação na área de enfermagem, Jorge *et al.* (2007) afirmam que os enfermeiros estão despreparados para gerenciar, são inseguros e submissos à estrutura organizacional e estão agarrados a modelos tradicionais ultrapassados. De acordo com o autor, isso ocorre devido à formação inflexível dos enfermeiros, com predominância do modelo tradicional. Os próprios estudantes não mostram

interesse em aprender gerenciar e dão atenção apenas a processos patológicos, tecnologias e equipamentos sofisticados (JORGE *et al.*, 2007).

Já Brito (2004) escreve que a enfermeira, quando assume cargos gerenciais, apresenta-se em posição diferenciada em relação à equipe multiprofissional em virtude de sua formação, conferindo a ela maiores *status* e espaço de decisão e autonomia.

Tais fatos retratam a necessidade de um aprofundamento no que diz respeito à questão das competências profissionais, com vistas à compreensão do que se trata esse construto e como ele tem se manifestado no campo da enfermagem.

2.2 Competências profissionais

Como descrito por Manfredi³ (1998), citado por Sant'Anna (2008), diversos autores definem competência, esclarecendo que não existe um consenso a respeito desse conceito, mas presenciam-se divergências de aspecto filosófico e ideológico e têm-se diferentes enfoques em áreas de conhecimentos.

A partir de 1980, a lógica da competência ganhou força nas discussões na sociologia do trabalho e na educação (ZARIFIAN, 2001; FIDALGO; OLIVEIRA; FIDALGO, 2007). O deslocamento do conceito de qualificação para a lógica das competências tem favorecido o surgimento de diversos questionamentos neste campo. Nesse sentido, Ramos (2002) defende a qualificação como a capacidade de realizar uma tarefa satisfatoriamente em um posto de trabalho. Ela desmembra o conceito em qualificação “básica” e qualificação “ocupacional”, sendo que a primeira são as destrezas manuais e certas aptidões mentais e a segunda é o conjunto de conhecimentos e habilidades para o desempenho em um posto de trabalho.

Ampliando, Dutra, Hipólito e Silva (1998) conceituam competência como agrupamento de qualificações que um indivíduo põe em prática quando da

³ MANFREDI, S. M. Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas. **Educação e Sociedade**. Campinas: Cedes, n. 64, p. 13-49, set. 1998.

execução de um trabalho de maneira superior ao que normalmente poderia ser feito. Vieira e Luz (2005) registram que competência é uma palavra com vários significados e é utilizada em diferentes contextos. Já Paiva (2007) distingue qualificação de competência: qualificação refere-se à organização, ao posto de trabalho, à potencialidade de ação, à possibilidade e facilidade de transferência; já a competência é voltada para a profissão, para o indivíduo, é mais difícil e até pode ser impossível de se transferir para outro sujeito. Apoiada em Stroobants (1993) e Tomasi (2004), a autora afirma que “competência é uma construção social” (PAIVA, 2007, p. 37)

Mayer e Salovey⁴ (1998), citados por Primi *et al.* (2001, p. 155), fazem uma distinção entre habilidade e competência. Elas argumentam que

Habilidade representa o potencial que se expressa, concretamente, em realizações ou desempenhos, envolvendo a apresentação de respostas corretas para o problema e conhecimento de determinado conteúdo, etc. A competência, nessa concepção, indicaria um nível padronizado de realização, o que implicaria em dizer que a realização atingiu um determinado nível.

Assim, habilidade não quer dizer competência, ela implica em “facilidade em lidar com um tipo de informação e para que se transforme em competência será necessário investimento em experiência e aprendizagem” (PRIMI, *et al.*, 2001).

Ainda sobre a noção de competências, Machado (2007) afirma que a sua existência se deve aos resultados de intervenções concretas e, por isso, ela tem conotação de sucesso. A mobilização dessas estruturas subjetivas se daria por meio de tecnologias, informações, saberes, conhecimentos, habilidades, relacionamentos, atitudes, valores e outros. A autora afirma que esse fenômeno está ligado ao fazer e que só adquire significado na atividade real e situada.

Por outro lado, competência está ligada a atributos pessoais que serão manifestados em situações específicas do trabalho (FIDALGO *et al.*, 2007). Para McLagan (1997), a competência profissional está ligada tanto ao indivíduo como aos resultados de sua ação, ou seja, às características dos indivíduos ou das atividades

⁴ MAYER, J; SALOVEY, P. **O que é inteligência emocional?** Em P. Salovey & D.J. Sluyter (Orgs.), *Inteligência emocional na criança: aplicações na educação e no dia-a-dia.* (pp. 13-49). Rio de Janeiro: Campus. 1998

produtivas e aos resultados decorrentes. Zarifian (2001) analisa o conceito de competência de Madef (1998), estando este voltado para a prática do saber-fazer.

A competência profissional é uma combinação de conhecimentos, de saber fazer, de comportamentos que se exerce em contexto preciso. Ela é constatada quando de sua utilização em situação profissional, a partir da qual é passível de validação. Compete então à empresa identificá-la, avaliá-la e fazê-la evoluir. (ZARIFIAN, 2001, p. 67)

Para Schwartz (1998), competência vai além da lógica do trabalho. Para o autor, a competência se realiza individualmente e entre as pessoas, com graus de complexidades diferenciados, voltada para práticas experimentais e concretas, variando de acordo com os indivíduos.

McClelland e Dailey⁵ (1972), citados por Sant'Anna (2008), resumem competências como características individuais, como o conhecimento, as habilidades, os objetivos e os valores, que darão o norte ao desempenho no trabalho e em outras situações da vida.

Em outra perspectiva, competência se relaciona com a capacidade do indivíduo de assumir iniciativas, ir além do prescrito, compreender e dominar situações em constante mutação, ser responsável e reconhecido por outros. Relaciona-se à iniciativa e à responsabilidade do indivíduo em situações de trabalho a que ele está submetido (ZARIFIAN, 2001).

Para Le Boterf (2003), o conceito de competência constitui na própria ação e não existe antes dela. Segundo o autor, a aplicação do que se sabe num contexto específico é o que caracteriza competência. Para se ter competência são necessários alguns recursos como conhecimento, capacidade cognitiva, capacidades integrativas, capacidades relacionais e outros. Dessa forma, a competência profissional é composta por três elementos de referência: conhecimento (saber); habilidades (saber-fazer) e atitudes (saber-ser) (LE BOTERF, 2003; RUAS, 2001). Le Boterf (2003) define competência como a prática do que se sabe em relação ao trabalho, pela cultura organizacional, pelas contingências e

⁵ McCLELLAND, D.C.; DAILEY, C. **Improving Officer Selection for the Foreign Service**. Boston: McBer, 1972.

limitações.

Já Perrenoud (1999) descreve competência como “um esquema”. Esquema é um conjunto que sustenta uma ação ou operação única. Nessa perspectiva, competência envolve diversos esquemas de percepção, pensamento, avaliação e ação, que suportam inferências, antecipações, transposições analógicas, generalizações, apreciação de probabilidades, estabelecimento de um diagnóstico a partir de um conjunto de índices, busca das informações pertinentes, formação de uma decisão, etc (PERRENOUD, 1999, p. 24).

Paiva (2007) afirma que a competência profissional é influenciada por fatores como a personalidade e a função que o profissional ocupa relativos à organização e ao meio ambiente. A autora afirma que as competências profissionais não podem ser percebidas de maneira desligada da realidade onde elas se manifestam.

Nesse mesmo entendimento, Perrenoud (2001, p. 21) compreende que:

[...] a capacidade de um indivíduo de mobilizar o todo ou parte de seus recursos cognitivos e afetivos para enfrentar uma família de situações complexas, o que exige a conceituação precisa desses recursos, das relações que devem ser estabelecidas entre eles e da natureza do “saber mobilizar”. Pensar em termos de competência significaria, portanto, pensar a sinergia, a orquestração de recursos cognitivos e afetivos diversos para enfrentar um conjunto de situações que apresentam analogia de estrutura.

Zarifian (2001) discorre que competência profissional combina conhecimento, “saber fazer”, de experiências, e comportamento de um indivíduo perante um contexto preciso e que ela é validada diante de sua utilização profissional. Sant’Anna (2008) avalia o conceito de competência profissional de Zarifian (2001), entendendo que a ênfase é dada à competência individual, na qual se manifesta e é avaliada em sua utilização profissional.

Para Fleury e Fleury (2001, p. 21), competência é definida como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica em mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agregam valor econômico à organização, e valor social ao indivíduo”. Dessa forma, a competência é composta por uma série de sete saberes, conforme descritos no QUADRO 2.

COMPETÊNCIAS	SIGNIFICADOS
Saber agir	Saber o que e por que faz Saber julgar, escolher, decidir
Saber mobilizar	Saber mobilizar recursos de pessoas, financeiros, materiais, criando sinergia entre eles.
Saber aprender	Trabalhar o conhecimento e a Rever modelos mentais. Saber desenvolver-se e comprometer-se com os objetivos dos outros
Saber comprometer-se	Saber engajar-se e comprometer-se com os objetivos da organização.
Saber assumir responsabilidades	Ser responsável, assumindo os riscos e as consequências de suas ações, e ser, por isso, reconhecido.
Ter visão estratégica	Conhecer e entender o negócio da organização, seu ambiente, identificando oportunidades, alternativas.

Quadro 2 – Competências do profissional

Fonte: Fleury e Fleury (2001, p. 22).

Como os conceitos e modelos de competência profissional usualmente não têm incorporado questões de ordem política, Paiva (2007) ampliou o modelo proposto por Cheetham e Chivers (1998), acrescentando a competência política às competências cognitiva, funcional, comportamental/pessoal e ética, cuja mobilização de maneira singular e produtiva caracteriza a competência profissional. O modelo de competência profissional desenvolvido por Cheetham e Chivers (1998) permitiu examinar como os profissionais operam em sua prática, como as pessoas reconhecem a sua competência profissional em outras e como elas adquirem tais competências, daí sua incorporação e importância nesta dissertação. Nesse sentido, convém detalhar o modelo adaptado por Paiva (2007). Note-se que, nessa perspectiva, competência profissional é conceituada como

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), econômica (organização) e socialmente (sociedade). Concebe-se, então, competência profissional como a meta-reunião de maneira singular e produtiva de competências compostas por saberes variados (PAIVA; MELO, 2008b, p. 349).

As competências específicas que compõem a competência profissional são cinco e Paiva (2007) as conceitua conforme detalhado no QUADRO 3 que se segue:

COMPONENTES DA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL (competências específicas)	DESCRIÇÃO
Competência cognitiva	são as habilidades ligadas aos conhecimentos formais (competência técnica, teórica, especialista), tácito (conhecimento prático ligado a performance de funções particulares), procedural (rotinas) e ao conhecimento contextual (organização, setor de trabalho etc) e aplicação de conhecimento (“habilidades de síntese, transferência e conceitualização”);
Competência funcional	são as habilidades exclusivas da profissão, compreendendo as mentais (capacidades de ler escrever, tecnológica e outras) e as físicas (coordenação motora, destrezas manuais);
Competência comportamental ou pessoal	são as habilidades que o indivíduo tem em termos sociais e interpessoais;
Competência ética:	compreende os valores pessoais (adesão às leis e códigos morais) e os profissionais (atitudes apropriadas à profissão);
Competência política:	considera as relações de poder inerentes à estrutura organizacional, resultando atuações profissionais intra e interorganizacionais. O indivíduo deverá ter habilidades pessoais que envolvem os jogos políticos inerentes às organizações, às pessoas individualmente e também do ponto de vista profissional.

Quadro 3 – Componentes da competência profissional – competências específicas
 Fonte: Adaptado de PAIVA (2007).

Tais competências estariam externalizadas pelas metacompetências e transcompetências (comunicação, criatividade, solução de problemas, aprendizagem e autodesenvolvimento, agilidade mental, análise e reflexão) as quais, segundo Cheetham e Chivers (1998) citados por Paiva (2007) e Paiva e Melo (2008a, b), são fruto de reflexões do indivíduo a respeito do observado por eles próprios e por outros a respeito de seu comportamento efetivo. Essas percepções levariam o profissional a se inserir de modo diferenciado e produtivo no que os autores chamam de metacompetência. Salienta-se, ainda, que se considera neste modelo a personalidade e a motivação dos sujeitos, pois estas influenciam suas decisões pessoais. São considerados, também, o contexto e o ambiente do trabalho para a competência profissional, denotando os aspectos contextuais e contingenciais da competência.

Esse modelo, segundo os autores, permitiu examinar a natureza da prática profissional, a natureza das modernas profissões, as competências profissionais, como os indivíduos reconhecem as suas competências, como estas são percebidas por outros atores e como os profissionais adquirem suas competências. (PAIVA, 2007)

A FIG. 1 resume o modelo adaptado a ser utilizado neste estudo:

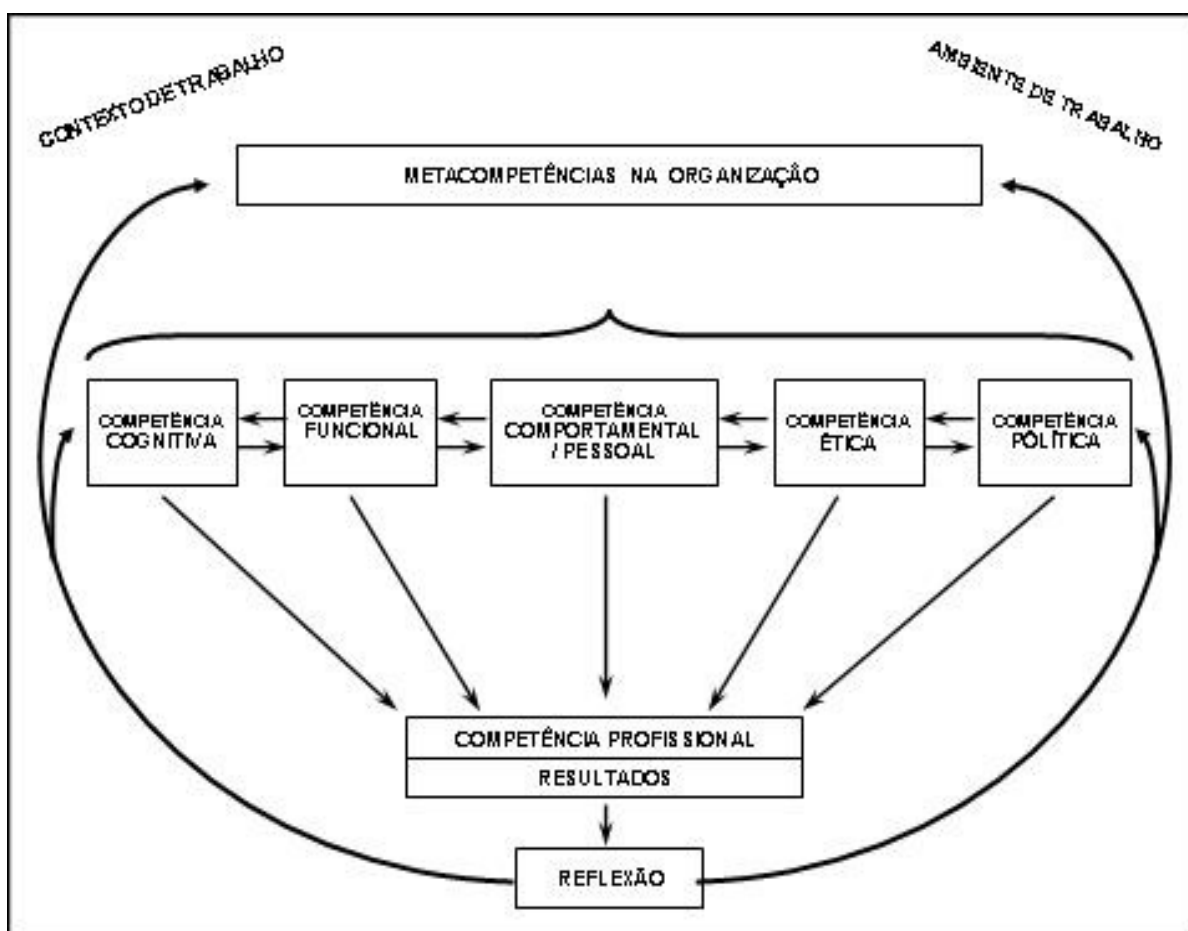


Figura 1 – Modelo de competência profissional
 Fonte: Adaptado de Cheetham e Chivers (1998), conforme Paiva (2007); Paiva e Melo (2008a).

Assim, por considerar diversos aspectos que tratam da questão das competências profissionais e também por incluir a percepção de terceiros, este foi o modelo analítico adotado nesta dissertação.

Note-se, ainda, que a existência da noção de competências se deve aos resultados de intervenções concretas e, por isso, ela tem conotação de “sucesso”. A mobilização dessas estruturas subjetivas se daria por meio de tecnologias, informações, saberes, conhecimentos, habilidades, relacionamentos, atitudes, valores e outros. Esse fenômeno está ligado apenas ao fazer, e que só adquire significado na atividade real e situada. Existe um valor social das competências, haja vista o interesse em saber como nascem e se desenvolvem e como podem ser estimuladas e administradas para uma melhoria da qualidade do trabalho, entendendo que esta também constitui uma estratégia para uma construção de uma sociedade (MACHADO, 2007).

2.2.1 Gestão de competências

Com a proposta de mudanças na gestão do trabalho no contexto da reestruturação capitalista, a noção de competência foi resgatada e ganhou “novo” significado nos “novos” métodos de regulação do trabalho. Recupera-se competência dentro de um quadro pautado na individualização e não condicionado apenas a certificados e diplomas escolares. Nessa nova gestão do trabalho, o talento é a sintonia da competência individual e da competência organizacional. Passa-se a valorizar as competências dos trabalhos no que diz respeito à responsabilidade, o uso da autonomia, a iniciativa e a criatividade. Dessa forma, priorizou-se gerenciar competências, passando a empresa a procurar entre seus funcionários pessoas com potencial, sendo que a própria organização passaria a qualificá-los (MACHADO, 2007).

Modelos de gestão de competências vêm sendo usados com maior ênfase desde 1990, tornando-se uma alternativa para administrar os recursos humanos em locais competitivos, tendo que ao mesmo tempo possibilitar ganhos nas organizações e propor recompensa ao esforço do indivíduo (DINIZ; VIEIRA, 2008).

Segundo Ruas (2001), o termo competências tem sido bastante empregado nas empresas e no mundo acadêmico. Prahalad e Hamel⁶ (1990), citados por Ruas (2001), desenvolvem o conceito de competências essenciais as quais expressam uma dimensão organizacional de competências. Esse modelo sustenta que as competências funcionais se destacam por serem vitais na empresa, estando presentes entre os grupos e pessoas de cada área. Já as competências profissionais abrangem as competências gerenciais e podem exercer influência no desenvolvimento dos grupos ou da organização. Salienta-se que o foco desta pesquisa está nas competências profissionais dos enfermeiros-gerentes, sabendo-se que existem relações entre estas e as competências organizacionais, as quais, entretanto, não são objeto do estudo proposto.

⁶ PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The Core Competence of the Corporation. **Harvard Business Review**. May-June, 1990, p. 78-90.

Nesse sentido, Ramos (2002) relata a dificuldade de se implantar projetos de mudanças em empresas brasileiras, explicada pela falta de competência gerencial, que a autora trata como mudanças na forma de pensar e agir. Ela conclui que programas de treinamentos têm sido usados para o desenvolvimento desses gerentes, porém não focalizam adequadamente sua relação com a noção de competência.

Analisando as mudanças adotadas na lógica das competências durante a operacionalização da gestão de trabalho por competência, Machado (2007) descreve, de modo geral, diversas funções do gestor, a saber:

- I) Gestão de seleção das pessoas: nessa gestão, a seleção do trabalhador analisa a descrição do perfil individual e do desempenho desejado. A competência diz respeito ao indivíduo que a possui. Esse processo se prolonga a cada dia de trabalho e difere da gestão taylorista-fordista, pois valorizam-se as credenciais, os certificados e os diplomas do profissional;
- II) Gestão de remuneração das pessoas: antes, o salário funcional era atrelado a cargos, títulos acadêmicos e ao tempo na empresa, baseado nas exigências definidas previamente para preenchimento de postos de trabalho. Na gestão do trabalho sob a égide das competências, cresce nas empresas a remuneração *ad hoc*, individualizada, vinculada ao desempenho pessoal, aos resultados, à confiabilidade. A negociação deverá ser individualizada e processada sempre, segundo a autora;
- III) Gestão da formação e desenvolvimento das pessoas: o objetivo da gestão de trabalho é formar trabalhadores flexíveis, abertos às incertezas. No contexto das competências, estas passariam a educar o indivíduo para a vida. As mudanças que ocorreram na formação escolar teriam reflexo na re-socialização do trabalho. O saber-fazer passa a ter importância superior aos saberes prescritos, valorizando-se as metodologias que privilegiam os saberes tácitos dos trabalhadores;
- IV) Gestão da avaliação das pessoas: a avaliação taylorista-fordista é centrada no trabalho prescrito pelas organizações. No novo modelo, o trabalhador passou a ser valorizado, consciente dos riscos e inseguranças do mercado, mas capaz de enfrentá-los. A função do gestor-avaliador é

evidenciar a capacidade de usar, articular e mobilizar recursos na resolução de situações-problema em contextos específicos. Supõe-se que o ato competente é objetivamente observável, avaliável e mensurável. (MACHADO, 2007)

Machado (2007) também argumenta sobre o uso da noção de competências dentro do quadro político de gestão estratégica de interesses sociais e profissionais e de renegociação quanto ao uso social do trabalho. A autora questiona sobre o que é agir com competência e o que se deve saber e como se comportar. Ela interroga a respeito de como medir competência e quais seriam os indicadores que os gestores do trabalho têm para identificar e avaliar as competências. Machado (2007) afirma que as competências expressam-se em situações reais não totalmente diagnosticáveis e previsíveis. Num terceiro momento, a autora escreve que a gestão do trabalho por competências não se aplica a toda e qualquer relação de trabalho, questionando-se se não estaria havendo um descompasso entre o funcionamento real do mundo do trabalho e suas novas representações teóricas sobre o uso social do trabalho. Por último, a autora pontua sobre os novos métodos enfatizados, sobre a importância da interação disciplinar, a hierarquia e conhecimentos mais socialmente distribuídos pela organização, explicitando como dúvida o caráter individualizado da gestão de trabalho por competências.

Dentre outros autores que tratam da questão da gestão de competências no âmbito organizacional, Barbosa e Rodrigues (2005) usaram cinco correntes para analisar gestão de competência e classificaram diversos autores em cada uma delas. Tais correntes podem ser sumarizadas da seguinte forma:

CORRENTES ANALÍTICAS	DESCRIÇÃO
Análise ocupacional	Definida como um conjunto de postos de trabalho cujas tarefas são semelhantes e demandam habilidades e conhecimentos similares
Análise comportamental	Composta por características pessoais como motivos, traços de personalidade, auto - imagem e conhecimento
Análise construtivista	Além de identificar competências, ela visa ao desenho do processo formativo, abordando o indivíduo e o conhecimento, o fazer e o saber, a teoria e a prática.
Fenomenologia	Analisa a abordagem interpretativa que fornece as bases para o emprego da fenomenografia para descrever competência no trabalho, na qual o objetivo é descrever as variações qualitativas nas experiências individuais do ponto de vista do indivíduo.
Análise funcional	avalia se uma pessoa é competente quando ela sabe fazer

Quadro 4 – Correntes analíticas da gestão de competência

Fonte: Adaptado de Barbosa e Rodrigues (2005).

Diante das dificuldades operacionais da gestão de competências, Paiva (2007, p. 27) propõe o seguinte conceito:

Gestão de competência é um 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, proporcionando resultados em termos macro, micro e parciais, observáveis pelos indivíduos e por terceiros.

O conceito de Paiva (2007) será o utilizado nesta pesquisa tendo em vista contemplar os esforços de todas as naturezas empregados pelo (ou no) sujeito no sentido de formar e desenvolver suas competências, o que só pode ser verificado *a posteriori*, quer por si mesmo, quer por terceiros, em conformidade com os objetivos propostos. Tendo em vista tais objetivos e os sujeitos-alvos desta pesquisa, torna-se importante aprofundar na questão da competência profissional no nível gerencial.

2.2.2 Competência gerencial

Barnard (1971) apresenta uma extensa teoria do comportamento cooperativo nas organizações formais. Para o autor, a cooperação nasce da necessidade das pessoas buscarem um objetivo para o qual não estão totalmente aptas e cuja realização depende de outros indivíduos ou mesmo de outras organizações. Assim, resulta em um sistema em constante mutação, composto por diferentes indivíduos, formado pelas inter-relações de elementos biológicos, psicológicos e sociais, que tem que ser eficiente e eficaz para sobreviver, superando o egoísmo, o individualismo e a própria perversidade humana. Segundo Barnard (1971), o gerente é o elemento estruturador desse sistema que mantém o espírito de cooperação para a obtenção dos propósitos, com habilidade para tratar as forças internas e, principalmente, as forças externas causadoras de instabilidades que corroem a cooperação e produzem a descontinuidade das organizações. As funções desse gestor são a de controle, gerência, supervisão e direção, sendo exercitadas por quem exerce o controle em qualquer nível da organização. É necessário, assim, aprofundar no que diz respeito às competências gerenciais necessárias às demandas da função.

No delineamento e análise das competências gerenciais, Quinn *et al.* (2003) utilizam um arcabouço teórico que deram o nome de “quadro de valores competitivos”. Neste quadro, eles abordam quatro modelos para explicar os diferentes papéis esperados dos gerentes, de acordo com cada modelo. Eles escrevem que “os modelos representam os valores invisíveis pelas quais pessoas, programas, políticos e organizações, vivem e morrem” (QUINN *et al.*, 2003, p.15). O quadro de valores competitivos aborda a organização do trabalho gerencial explicando o posicionamento das pessoas diante dos valores e teorias, demonstrando os contrastes existentes.

No modelo de metas racionais, o gerente tem funções produtivas indispensáveis e o gestor nesse modelo deve desempenhar os papéis de diretor e de produtor. Como diretor, o gerente deve desenvolver e comunicar sua visão; estabelecer metas e objetivos; planejar e organizar. Como produtor, o gerente deve ser orientado para as

tarefas, espera-se que exiba alto grau de interesse, motivação, energia e ímpeto pessoal (QUINN *et al.*, 2003).

Em oposição, o gestor do modelo das relações humanas tem que atuar nos papéis de mentor e de facilitador, voltando-se para a flexibilidade e para o ambiente interno da organização. O facilitador deverá estimular os esforços coletivos, desenvolver coesão, trabalho em equipe e também administrar conflitos interpessoais. Como mentor ele deve dedicar-se ao desenvolvimento das pessoas, utilizando a orientação e a empatia (QUINN *et al.*, 2003).

No modelo de processos internos, que enfatiza também o controle, os gerentes têm a função de estabilizar e organizar e devem desempenhar os papéis de monitor e coordenador: no primeiro, terá a obrigação de ser capaz de monitorar o desempenho individual do funcionário, gerenciar o desempenho do processo coletivo, analisar as informações com pensamentos críticos; e, no segundo, deverá gerenciar projetos, planejar o trabalho e realizar gerenciamento multidisciplinar (QUINN *et al.*, 2003).

Em oposição ao modelo de processos internos, está o modelo de sistemas abertos, no qual os gerentes deverão executar papéis de inovador e negociador. Como inovador, ele deverá conviver com as mudanças, ter pensamentos criativos e gerenciar mudanças e, como negociador, ele deve constituir e sustentar uma base com a finalidade de negociar acordos e compromissos, apresentando suas ideias. Esse modelo permite que a organização desenvolva e adquira novos recursos, voltando-se para a flexibilidade e o ambiente externo.

Esses modelos, apesar de contraditórios, são interligados e adotam critérios de eficácias diferentes (QUINN *et al.*, 2003). Os quatro modelos de gestão, os oito papéis e as três competências principais referentes a cada um deles podem ser visualizados na FIG. 2.

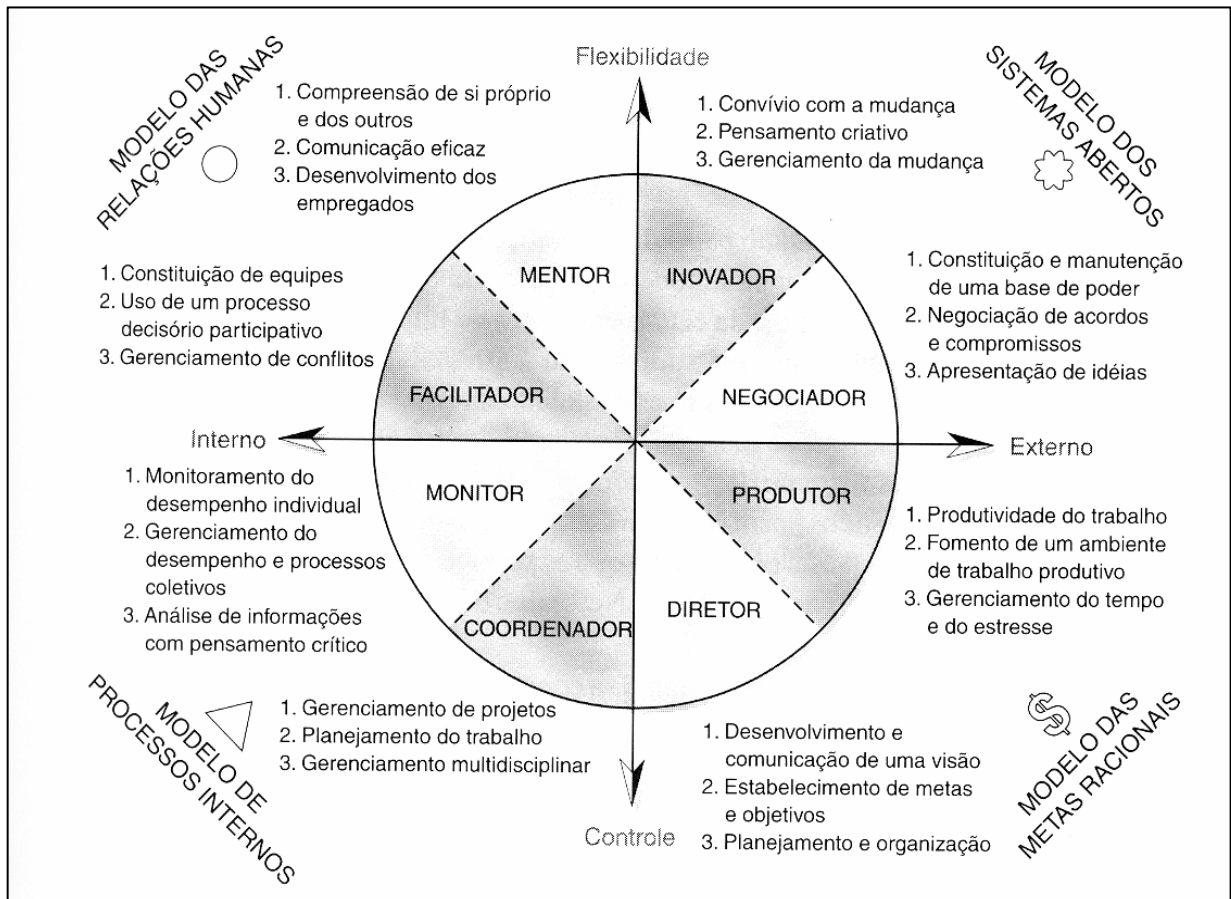


Figura 2 – Modelos de gestão, competências e papéis gerenciais
Fonte: Quinn *et al.* (2003, p. 17).

Segundo Quinn *et al.* (2003), os gerentes podem se destacar em várias competências e papéis, porém percebem como é difícil integrá-los. Para se tornarem plenos, os gestores têm que desenvolver competências para desempenharem cada papel de gestão. Para atingir essa capacidade, eles deverão passar por estágios, sendo o primeiro deles o do “novato”: neste, os gerentes aprendem regras que não deverão ser violadas. O segundo estágio, o “princípio avançado”, os gerentes usam à medida que se deparam com a situação real, colocando em prática regras e fatos que aprenderam. Eles descobrem a importância das normas, valores e a cultura da empresa. No terceiro estágio, o da “competência”, os gerentes aprimoram sua competência, desenvolvem a capacidade de selecionar os elementos mais relevantes e neles se concentram. No quarto estágio, “proficiência”, os gerentes são considerados extremamente eficazes, eles operam várias situações e lideram demandas. No último e quinto estágio, o “perito”, os gerentes não têm mais consciência dos detalhes e adotam uma perspectiva holística da situação. Eles percebem com facilidade o que outras pessoas não detectam e elaboram estratégias enquanto leem indicadores das empresas (QUINN *et al.*, 2003). Tais estágios refletem a pesquisa realizada por Hill

(1992), na qual gerentes que assumiram tal função foram acompanhados pela autora por cerca de um ano. Ela observou que eles mudaram de ideia quanto ao que significa ser um gerente enquanto enfrentavam os problemas inerentes a tal função.

Percebe-se, então, que não bastam apenas competências para desempenhar os oito papéis de Quinn *et al.* (2003): o gerente deverá mesclá-los e equilibrá-los de modo adequado, dependendo da situação enfrentada, podendo ser eficaz ou não. Assim, o exercício competente dos papéis envolvidos na função gerencial depende da situação em que o gestor se encontra e isso varia de acordo com a organização, com as profissões envolvidas, com o trabalho a ser feito, etc. Dessa forma, seguem-se detalhes sobre as competências na enfermagem.

2.2.3 Competências na enfermagem

Aarestrup e Tavares (2008) citam as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (CNE, 2001) para esclarecerem a respeito das competências que os alunos devem desenvolver ao longo do curso; ou seja, quando formados, os profissionais devem estar aptos a serem gestores, reconhecerem-se como coordenador do trabalho em equipe de enfermagem, reconhecerem o papel do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde, dentre outros. No artigo 4º das Diretrizes Curriculares (CNE, 2001), estão descritas as competências e habilidades gerais que o enfermeiro deve ter, sendo estas relacionadas à: Atenção a Saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e gerenciamento e Educação Permanente.

Quanto às competências específicas do enfermeiro, o artigo 5º dispõe 33 incisos para descrevê-las, conforme QUADRO 5 a seguir:

INCISO	COMPETÊNCIA DE ACORDO COM O ARTIGO 5º DA CNE
I	Atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas.
II	Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional.
III	Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões.
IV	Desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional.
V	Compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações.
VI	Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
VII	Atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso.
VIII	Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança.
IX	Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde.
X	Atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos.
XI	Responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.
XII	Reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem.
XIII	Assumir os compromissos éticos, humanísticos e sociais com o trabalho multiprofissional em saúde.
XIV	Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social.
XV	Usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem.
XVI	Atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico.
XVII	Identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes.
XVIII	Intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.
XIX	Coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde.
XX	Prestar cuidados de enfermagem compatível com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade.
XXI	Compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários.
XXII	Integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais.
XXIII	Gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional.
XXIV	Planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde.
XXV	Planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento.
XXVI	Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional.
XXVII	Respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão.
XXVIII	Interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo.
XXIX	Utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde.
XXX	Participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde.
XXXI	Assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.
XXXII	Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro.
XXXIII	Reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Quadro 5 – Competências e habilidades específicas ao profissional enfermeiro
Fonte: Adaptado de BRASIL, 2001.

Assim, o termo competência na enfermagem está ligado à capacidade de conhecer e atuar sobre determinadas situações, envolvendo para isso habilidades, planejamento, implementação e avaliação. As habilidades para área de administração em enfermagem devem privilegiar as condutas técnico-científica, ético-políticas, socioeducativas para que como resultado garanta a este profissional que ele atue em todas as áreas gerenciando e avaliando o processo de trabalho em enfermagem, em parceria com outros profissionais (AGUIAR *et al.*, 2005).

Bertoncello e Franco (2001) fizeram um estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa do enfermeiro em saúde mental e observaram que as atividades do enfermeiro neste campo foram classificadas como administrativas, ações grupais e individuais. Nas administrativas, os autores apontaram as atividades de manutenção de material, supervisão do pessoal de apoio técnico, pedido, dentre outras, sendo que alguns estudiosos consideram tais atividades como desvio de função e não como parte das funções do enfermeiro.

Dessa forma, optou-se por traçar um histórico a respeito da profissionalização da enfermagem no Brasil, de maneira a esclarecer esses pontos e promover uma compreensão mais clara do atual estado da formação da profissão no país.

2.3 Formação gerencial em enfermagem no Brasil

Moreira e Oguisso (2005) traçam a trajetória da profissionalização da enfermagem no país. No Brasil, a profissão Enfermagem foi regulamentada em 1923 e aprovada pelo decreto 1600/23, após a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, que implantou a enfermagem “moderna” nos moldes americanos, hoje denominada Escola de Enfermagem Ana Nery.

Em 1923, o decreto nº 16.300 aprovou e regulamentou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) com o objetivo de controlar as grandes endemias que traziam prejuízos para o país (COREM-MG, 2009). Junto a esse fato, surge a escola de enfermagem, que foi regulamentada entre outros feitos políticos para atenuar e/ou desviar a atenção dos conflitos que estavam acontecendo no Brasil naquela

época (RIZZOTTO, 2006). Os conflitos apontados pela autora são: as transformações ocorridas na sociedade brasileira após a primeira guerra mundial (1914-1918) como as proliferações de doenças que apareceram com as formações das grandes cidades, as epidemias e as tentativas de erradicação, os modelos de campanhas e de saneamento no século XX, as crises sanitárias agravadas pela pobreza, o processo de urbanização acelerado, péssimas condições de trabalho, baixos salários e outros. O Estado precisava desviar a atenção da população desses problemas e, então, neste contexto, inaugurou a escola de enfermagem com o objetivo de formar enfermeiros que supostamente teriam papel importante na saúde pública. A autora também destaca outras escolas de enfermagem onde o modelo de assistência era hospitalar e que predominou na época.

O ensino de enfermagem emergiu nessa época. Em 1925, formou-se a primeira turma da Escola de Enfermagem da DNSP (1923/1925) e, em 1926, foi criada a Associação Brasileira de Enfermagem, ABEn. Neste ano, a Escola de Enfermagem do DNSP teve seu nome alterado para “ Escola de Enfermagem Ana Nery” e, em 1931, foi chamada de Escola Padrão. O Decreto n° 20.109 de 15 de junho de 1931 dispõe sobre o ensino de enfermagem no país e determina que somente poderiam utilizar o título de Enfermeiro diplomado os profissionais que estudassem nessa escola (COREN-MG, 2009).

Ressalta-se que em 1890, por necessidade da psiquiatria, surgiu a primeira Escola de Enfermagem no Brasil com modelo das Enfermeiras Francesas que vieram para o Brasil com essa finalidade (COREN-MG, 2009). Moreira e Oguisso (2005) registram que essa Escola foi institucionalizada em 1890 pelo decreto 791 de 27 de setembro, que se intitulava Escola Profissional para Enfermeiras e Enfermeiros, EPEE. Essa escola funcionava em hospital psiquiátrico apesar de formar enfermeiros para hospitais civis e militares. Em sua pesquisa, as autoras relatam que a EPEE foi criada em modelos de Paris, onde o modelo de gestão estava centralizado na figura do médico e só em 1943 uma enfermeira assumiu a administração da escola de enfermagem. A escola mudou de nome algumas vezes e hoje é chamada de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.

Destaca-se que o decreto 791 de 27 de setembro de 1980, além de institucionalizar a escola de enfermagem, relaciona as matérias a serem oferecidas no curso sem, no entanto, regulamentar suas cargas horárias. No currículo oferecido para o curso hipoteticamente, segundo as autoras, foi utilizada a versão da primeira edição do manual de práticas do Dr. Bourneville (1978), que foi publicado em 7 versões. Destaca-se a terceira edição quando Bourneville⁷ (1978), citado por Moreira e Oguisso (2005), acrescenta o tópico “Higiene e Administração e Contabilidade Hospitalar”. Na revisão da quarta edição em 1889, destaca-se o volume II “Administração e Contabilidade Hospitalar”. E após 25 anos, ele publicou a sétima edição em 24 de fevereiro de 1903 após várias preparações. A obra foi intitulada “Escolas Municipais de Enfermeiras e Enfermeiros” (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

Nas escolas citadas pelo Bourneville (1978), (Bicêtre, Salpêtrière, Pitié e Laniboisière), dentre as matérias estudadas, estava a Administração, cursada possivelmente na primeira fase do curso. É interessante e destacado pela autora que os tópicos das matérias não tinham título, porém existiam descrições das lições a serem administradas. Por exemplo, a segunda lição “o que é Administração da Assistência Pública?”, e a terceira lição iniciava-se com o tópico “Estabelecimento, dependências da Assistência Pública e Serviços gerais da Administração Geral”. A partir da quarta edição do curso de Administração e contabilidade hospitalar, os temas ficaram mais específicos, discorriam sobre admissão do paciente, os requisitos para internação, a legislação a seguir, formulários a serem preenchidos, entre outros (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

No trabalho de Moreira e Oguisso (2005, p. 120), destaca-se também a obra de Possolo, “Curso para enfermeiros pelo Dr Adolfo Possolo” com 143 páginas e conteúdo teórico dividido em 12 títulos:

7 BOURNEVELLE, D. M. **Manual pratique de la garde-malade et de l’infirmièri**. Paris: Progrès Medical, 1903

Títulos principais: 1 noções gerais de higiene. 2 – noções gerais de anatomia. 3 – noções gerais de fisiologia. 4 – funções secretoras. 5 – noções práticas de propedêutica clínica. 6 – curativos e pequenas cirurgias. 7 – esterilizações especiais. 8 – pequenas cirurgias. 9 – cuidados especiais e certa categoria de enfermos e balneoterapia. 10 – administração interna e escrituração do serviços sanitários e econômicos da enfermeira. 11- material necessário às operações mais comuns. 12 – notas sobre os serviços sanitários de campanha.

No décimo título, “Administração interna e escrituração dos serviços sanitários”, Possolo (1920)⁸, citado por Moreira e Oguisso (2005, p. 126), descreve as competências necessárias ao enfermeiro:

A escrituração de todo o serviço das enfermeiras, apresentando os livros de registro e papeletas dos doentes, incluindo dietas, medicações que eram transcritas pelos enfermeiros [...] a movimentação das roupas das lavanderias [...] à rouparia, nos ambulatórios: triagem dos pacientes [...], identificação das especialidades médicas e encaminhamentos, fornecer o número de matrículas para que eles retornassem ao hospital, [...] responsável por todo o material necessário aos consultórios, supervisionar a limpeza das enfermarias e consultórios realizados pelos serventes [...], acompanhar as visitas médicas, fornecer informações dos pacientes, [...] mapa de temperaturas.

Ainda hoje, no curso de Enfermagem nas instituições de ensino superior, é ministrada a disciplina “Administração em Enfermagem” ou com título similar. Observa-se, então, que, desde a criação da Escola de Enfermagem, a matéria Administração vem fazendo parte do currículo escolar, colocando o enfermeiro como profissional formalmente qualificado para assumir cargos gerenciais em instituições de saúde, o que, do ponto de vista da gestão e da competência profissional, pode ser questionado. E é isso que se pretende aprofundar com a consecução dos objetivos propostos nesta pesquisa, conforme delineamento metodológico que se segue.

⁸ POSSOLO, A. **O enfermeiro de psicopatas**. Rio de Janeiro: Irmãos Pongette, 1939.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da pesquisa

Utiliza-se como base a taxonomia apresentada por Vergara (2003, p.44), que **caracteriza a pesquisa** em relação a dois aspectos: quanto aos fins e quanto aos meios. Quanto aos fins, a pesquisa foi descritiva: estudou-se enfermeiros-gerentes em Unidades de Atendimento Imediato (UAI), no município de Contagem, investigando aspectos pertinentes à gestão de competências profissionais de enfermeiros-gerentes. De acordo com Vergara (2003, p.45), a pesquisa descritiva tem por finalidade expor as características da população.

Quanto aos meios, a pesquisa foi documental e de campo: documental, porque foram acessados protocolos da instituição que auxiliam na compreensão dos aspectos formais que permeiam as competências dos sujeitos-alvo; e de campo, porque foram coletados dados primários dos enfermeiros gerentes das UAÍ's do município de Contagem. Segundo Vergara (2003, p.45), a pesquisa de campo é a investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para justificá-la, sendo neste caso, as UAÍ's.

Quanto à abordagem, esta pesquisa foi qualitativa.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 21).

3.2 Unidades de análise e observação

As **unidades de análise** foram os enfermeiros em cargo de gestão no setor público de saúde em UAI's na cidade de Contagem, que atualmente são quatro mulheres. Já as **unidades de observação** foram tais enfermeiras e também outros profissionais que trabalham com elas, incluindo-se tanto subordinados como superiores. Os subordinados entrevistados foram: nove funcionários da UAI Ressaca; dois entrevistados na UAI Petrolândia; cinco entrevistados na UAI Nova Contagem e três entrevistados na UAI Unidade XVI. Em cada distrito, foi entrevistado um diretor (enfermeiro-gerente). No grupo de superiores, foram entrevistados quatro diretores de distrito e um superintendente de urgência e emergência, num total de 28 entrevistados. Todos foram escolhidos por acessibilidade e intencionalidade (VERGARA, 2003), tendo em vista os objetivos da pesquisa.

3.3 Técnicas de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram realizados:

- I) Levantamento documental: para acessar dados secundários, tanto em fontes internas aos serviços de saúde envolvidos, como também fontes externas, conselhos de enfermagem federais e regionais, escolas de enfermagem, etc;
- II) Entrevistas com roteiro semiestruturado (com objetivo de levantar uma massa de dados passíveis de comparação e análise) com quatro enfermeiros que ocupam cargos de gerência em UAI's da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, e outros vinte e quatro não gerentes que trabalhem com os anteriores;
- III) Observação direta, durante todo o processo de pesquisa, com vistas a corroborar ou questionar os dados coletados pelos meios anteriores.

Quanto à estratégia de coleta, alguns esclarecimentos são importantes. A Secretaria Municipal de Saúde de Contagem não tem Comitê de Ética, tendo sido realizada uma reunião com a Superintendente de Urgência e Emergência em Maio de 2009, na qual foram entregues uma carta institucional de apresentação da mestranda e uma cópia do projeto de pesquisa qualificado. Na própria carta de apresentação, foi concedida formalmente a autorização da superintendência para realização da pesquisa. A partir daí, foram estabelecidos contatos com as Diretoras de UAI com vistas ao agendamento das entrevistas nas unidades de pesquisa.

Para coleta de dados documentais, foram feitas visitas à Secretaria Municipal de Saúde e buscas *on-line* no *site* oficial do município de Contagem (publicações, leis, etc.).

3.4 Técnicas de análise de dados

No que tange à **análise dos dados**, foi feita análise documental de dados secundários. As respostas obtidas por meio das entrevistas (dados primários) foram analisadas à luz da técnica de análise de conteúdo. Para Laville e Dione (1999, p. 214), a análise de conteúdo pode ser aplicada a uma grande diversidade de materiais e permite abordar uma grande diversidade de objetos de investigação: atitudes, valores, representações, mentalidades, ideologias, etc.

Assim, além dos documentos levantados, foram realizadas entrevistas, durante as quais acessou-se dados sobre o organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, SMSC, e da Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem, FAMUC, e outros temas relativos à sua administração (hierarquia, admissão etc.). Quanto à entrevista propriamente dita, elas foram gravadas e transcritas para permitir a análise juntamente com os documentos coletados. Antes de seu início, foi solicitado aos entrevistados que preenchessem um questionário de identificação (APÊNDICE A). Estes foram analisados quantitativamente e representados em gráficos no próximo capítulo. Por fim, as entrevistas pautaram-se em roteiros semiestruturados espelhados, de modo que as mesmas questões

referentes aos enfermeiros-gerentes fossem perguntadas a eles próprios e aos outros profissionais (APÊNDICE B). Entrevistas semiestruturadas são definidas por Minayo (2004, p. 108) como um instrumento “que combina perguntas estruturadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem resposta ou condições pré-fixadas pelo pesquisador”. O foco explorado nas entrevistas desta pesquisa foi a percepção dos profissionais envolvidos (as enfermeiras-gerentes, seus superiores e seus subalternos) que trabalham em UAI’s da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, a respeito da sua percepção do trabalho gerencial e, de modo mais específico, sobre as competências gerenciais da Enfermeira-Gerente e sua gestão.

As entrevistas com os atores participantes da pesquisa foram individuais, realizadas no próprio local de trabalho, em local escolhido pela/o entrevistada/o para garantir a privacidade (consultório, posto de enfermagem, sala da chefia). Houve muitas interrupções durante as entrevistas, decorrendo da impossibilidade do profissional dessa área do serviço de saúde ficar desconectado de seu trabalho, tendo sido dada liberdade aos entrevistados de interromperem e atenderem a chamados da unidade. As entrevistas realizadas com os Diretores de Distrito e a Superintendência de Urgência e Emergência foram agendadas e realizadas na sala da coordenação. As entrevistas com o profissional médico foram as mais difíceis, porque normalmente as unidades estavam cheias e esses profissionais estavam envolvidos no atendimento médico. Alguns deles se negaram a ser entrevistados, mas a maioria foi muito receptiva ao escutarem a proposta do trabalho. As entrevistas foram gravadas, com consentimento das/dos entrevistadas/os. O recurso utilizado, gravação, “tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, imediatamente, deixando o entrevistador livre para prestar toda atenção ao entrevistado” (SANTOS e GAMBOA⁹, 1995, p. 43, citado por GONÇALVES, 2007).

Em seguida, procedeu-se à transcrição das entrevistas e à análise detalhada das mesmas. Essas análises foram realizadas por meio da técnica de análise de conteúdo que é, segundo Bardin (2006, p. 37):

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por

⁹ SANTOS FILHO, J. C.; GAMBOA, S. S. **Pesquisa Educacional: quantidade e qualidade** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

As respostas coletadas foram agrupadas por similaridade e por frequência do tema, e estruturadas em tabelas. Segundo Melo *et al.* (2007, p. 70),

Tabulação quantitativa pauta-se na estatística descritiva e é apresentada no formato de tabelas, de maneira a se obter uma visão mais ampla, quantificada e resumida das entrevistas.

A partir desse percurso metodológico, foi possível descrever e analisar os dados, conforme próximo capítulo.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esta etapa destina-se à apresentação e discussão dos resultados da pesquisa, constituindo-se de três partes. A primeira trata dos dados secundários a respeito da forma de organização da saúde na cidade de Contagem, dados a respeito da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, SMSC, e da Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem, FAMUC, enfatizando as unidades de atendimento imediato, UAI's, onde os profissionais-alvo deste estudo trabalham. A segunda parte deste capítulo trata da identificação demográfica e funcional dos entrevistados (enfermeiras-gerentes, subalternos e superiores). A terceira parte da apresentação dos resultados refere-se às percepções dos enfermeiros gerentes e dos outros atores sociais (subordinados e superiores) a respeito do trabalho, das competências profissionais de enfermeiras-gerentes e de sua gestão.

4.1 O Município de Contagem e a saúde pública

O município de Contagem está situado na região metropolitana de Belo Horizonte, fazendo limites com o município de Betim, Esmeraldas, Ribeirão das Neves e Ibirité, possuindo uma extensão territorial de 194,3 Km². Atualmente é a terceira maior cidade do Estado de MG, com 608.650 habitantes (IBGE, 2007).

Administrativamente, o Município está dividido em distritos que são:

- Distrito Sanitário da Região Industrial;
- Distrito Sanitário da Região Eldorado;
- Distrito Sanitário da Região Ressaca;
- Distrito Sanitário da Região Nacional;
- Distrito Sanitário da Região Petrolândia;
- Distrito Sanitário da Região da Sede;
- Distrito Sanitário da Região Vargem das Flores.

Como previsto na lei 8080 de 19 de setembro de 1990, no Art. 10, inciso 2º, esses distritos têm poder decisório sobre as características da assistência à saúde da população adstrita (BRASIL, 1990).

A rede municipal de saúde de Contagem é constituída por uma Maternidade Municipal, um Hospital Municipal, 23 Unidades Básicas de Saúde, UBS, 87 Equipes de Saúde da Família, ESF, e quatro **Unidades de Atendimento Imediato, UAI's**, e um pronto socorro de baixa e média complexidade, o Pronto Socorro Geraldo Pinto Vieira, PSGPV. A atenção primária é constituída por um centro de consultas especializadas (CCE, Iria Diniz), um serviço de referência da Saúde da Mulher e um da saúde do trabalhador, um centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), um centro de referência de atenção psicoinfantil e adolescência, um centro de referência da criança e adolescente (CRSA), e dez equipes de saúde bucal.

Dos sete distritos sanitários do município, quatro possuem uma unidade de atendimento imediato, a saber: UAI Petrolândia no distrito sanitário de Petrolândia; UAI Ressaca no distrito sanitário de Ressaca; UAI Nova Contagem no distrito sanitário de Vargem das Flores; UAI IX no distrito sanitário chamado Sede. O Pronto Socorro Geraldo Pinto Vieira está localizado no distrito sanitário Eldorado que não fez parte desta pesquisa por não apresentar as mesmas características das Unidades de Atendimento Imediato.

A distribuição geográfica dos distritos pode ser visualizada na FIG. 3.

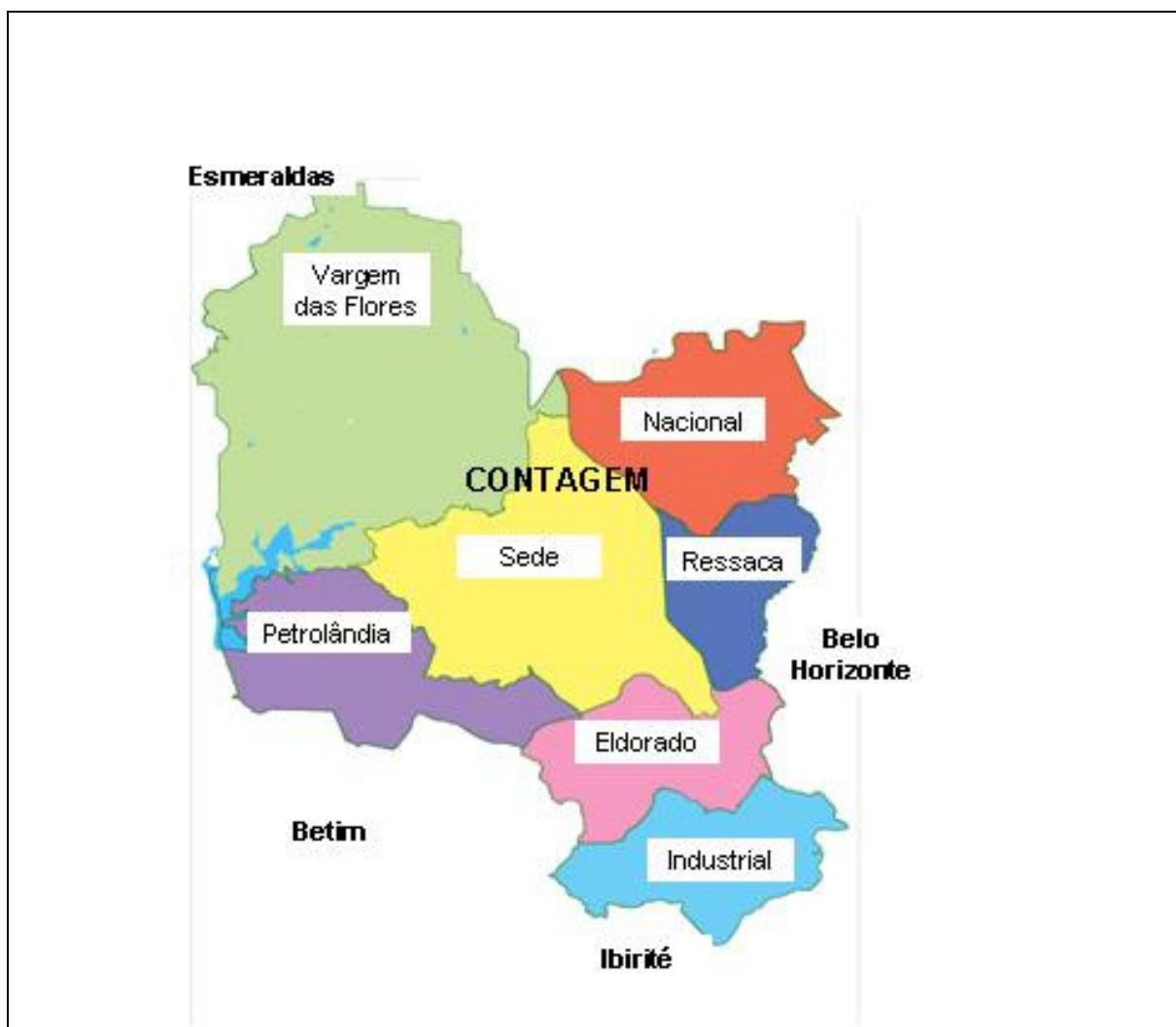


Figura 3 – Mapa de Contagem, Divisão Administrativa
 Fonte: SMSC – NIIS Núcleo de Informação e Informática (2009)

No organograma da Secretaria de Saúde de Contagem (ANEXOS A, B e C), as UAI's estão subordinadas à Superintendência de Urgência e Hospitalar que é composta pela Coordenação Municipal de Controle de Infecção Hospitalar, da Gestão de Urgência e Emergência e da Gestão de unidade Hospitalar. A Gestão de Urgência e Emergência é composta pela Coordenação de Transporte Sanitário, pela diretoria Geral de Unidade de Urgência Geraldo Pinto Vieira- GPV, pela Diretoria das Unidades de Atendimentos Imediatos e pela Diretoria do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

No Decreto nº 896, de 11 de março de 2008, são traçadas as competências de cada órgão. No capítulo VI, sobre as Competências das gerências, o decreto descreve no Art. 7º o que compete às Gerências:

- I – participar das instâncias colegiadas de decisão;
- II – estimular o entrosamento dos servidores que compõem o órgão, buscando a maior integralidade possível de suas ações;
- III – cumprir os fluxos estabelecidos para implementação da Política Municipal de Saúde;
- IV – gerenciar as atividades e analisar os resultados dos processos de sua gerência, considerando: planejamento e gestão, gestão do trabalho e educação na saúde, vigilância da qualidade dos processos executados na unidade, vigilância de custos e gerenciamento de indicadores;
- V – estimular para que os problemas sejam discutidos, solucionados e planejados coletivamente em seu âmbito de governabilidade, com autonomia, respeitando as diretrizes gerais da política municipal de saúde;
- VI – planejar a atuação de seu órgão, bem como monitorar seu resultado;
- VII – diagnosticar, avaliar e propor soluções para os problemas de sua gerência e
- VIII – coordenar o processo de normalização, de forma participativa, das atividades e processos de trabalho de sua gerência, avaliando o cumprimento das rotinas. (SMS-CONTAGEM, 2009, p. 1).

Sobre a competência da Gestão de Urgência e Emergência, o decreto prescreve no Art. 45 o que compete à Gestão de Urgência e Emergência:

- I – gerenciar os serviços de urgência e emergência e executar o acompanhamento técnico e operacional das Unidades de Atendimento Imediato-UAI's, do Serviço de Assistência Móvel de Urgência – SAMU, do Transporte Sanitário e do GPV, articulando-as com a rede hospitalar de retaguarda;
- II – definir os fluxos e protocolos para atendimento nas unidades de urgência e emergência, públicas e conveniadas;
- III – articular, com a rede de atenção básica e especializada, fluxos e protocolos para referência e contra-referência;
- IV – coordenar junto com a Diretoria de Desenvolvimento Humano da Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde a capacitação dos profissionais que atuam nas urgências;
- V – subsidiar tecnicamente todas as ações de articulação interinstitucional na área de urgência e emergência com as demais instituições do município, micro região e região metropolitana, incluindo as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos de causas externas.
- VI – executar outras atividades correlatas que lhe forem atribuídas. (SMS-CONTAGEM, 2009, p. 1).

Já o Art. 52 do referido decreto descreve as competências da Gerência da Unidade

de Atendimento Imediato, ou seja, do profissional que responde por esse cargo o qual, nesta dissertação, foram as enfermeiras-gerente. Assim, Compete à Diretoria da Unidade de Atendimento Imediato:

I – dirigir a Unidade de Atendimento Imediato em consonância com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS e da Gestão de Urgência e Emergência, da Superintendência de Urgência e Hospitalar, da FAMUC;

II – propor diretrizes institucionais e zelar por sua efetiva aplicação;

III – gerenciar as atividades e processos de trabalho administrativos, de apoio e diagnóstico e informação em saúde e os serviços de assistência ao usuário;

IV – acompanhar e avaliar as atividades da Unidade de Atendimento Imediato garantindo:

a) atendimento aos usuários portadores de quadro clínicos agudos ou crônicos agudizados;

b) retaguarda às unidades de saúde;

c) a diminuição da sobrecarga do Hospital e GPV;

d) seja entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel;

e) desenvolvimento de ações de saúde interdisciplinar, com objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde ou para internação hospitalar;

V – articular com as instituições de serviços de saúde do município, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência;

VI – subsidiar estudos epidemiológicos e construir indicadores de saúde e de serviços que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde;

VII – executar outras atividades correlatas que lhes são atribuídas. (SMS-CONTAGEM, 2009, p. 1).

A Secretaria Municipal de Saúde de Contagem é a gestora municipal do SUS no município e tem “por finalidade coordenar os programas, projetos e atividades voltados para a promoção do atendimento integral à saúde da população do Município”. Dentre suas atribuições estão:

I – coordenar e supervisionar as atividades do Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito do Município;

II – elaborar e manter atualizado o Plano Municipal de Saúde, em consonância com a realidade epidemiológica do Município;

III – controlar e avaliar as ações e serviços de saúde em nível municipal;

IV – participar, conjuntamente com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente, da formulação e implantação das políticas e planos referentes ao saneamento básico e preservação do meio ambiente;

V – propor políticas de recursos humanos em saúde e coordenar sua implantação;

VI – compatibilizar e adequar a aplicação das normas técnicas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde à realidade municipal;

VII – administrar e gerir o Fundo Municipal de Saúde;

VIII – coordenar a execução de suas atividades administrativas e financeiras;

IX – desenvolver outras atividades destinadas à consecução de seus objetivos (SMS-CONTAGEM, 2009, p. 1).

Já a Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem, FAMUC, pertence à Secretaria Municipal de Saúde de Contagem e tem em sua estrutura organizacional a Presidência, a Secretaria Executiva, a Secretaria Executiva de Controle Social, a Assessoria Jurídica, a Assessoria de Comunicação Social, a Ouvidoria, e as Diretorias dos Distritos Sanitários, a saber: Diretoria do Distrito Sanitário Industrial; Diretoria do Distrito Sanitário Eldorado; Diretoria do Distrito Sanitário Ressaca; Diretoria do Distrito Sanitário Nacional; Diretoria do Distrito Sanitário Sede; Diretoria do Distrito Sanitário Petrolândia; Diretoria do Distrito Sanitário Vargem das Flores. Quanto às Unidades de Saúde, somam-se a Superintendência de Atenção à Saúde e a Superintendência de Urgência e Hospitalar. A essa segunda compete:

I – Coordenação Municipal de Controle de Infecção Hospitalar

II – Gestão de Urgência e Emergência; a) Coordenação de Transporte Sanitário; b) Diretoria Geral da Unidade de Urgência Geraldo Pinto Vieira – GPV; 1. Diretoria Técnica da Unidade de Urgência – GPV; 2. Coordenação de Enfermagem do GPV; 3. Gerência Administrativa; 4 Unidades de Serviços de Assistência ao Usuário; c) Diretoria das Unidades de Atendimento Imediato; 1. Gerência Administrativa das Unidades de Atendimento Imediato; d) Diretoria do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (SMS-CONTAGEM, 2009, p.1).

Convém ressaltar que as UAI's pertencem a um Distrito Sanitário, mas, por subordinação, estão ligadas diretamente à Superintendência de Urgência e Emergência. Por ser uma unidade de saúde, a estrutura organizacional mostra que é ligada ao Distrito Sanitário, porém nem as Diretorias de UAI's e nem a

superintendência de urgência entendem como uma subordinação direta. Percebeu-se uma dificuldade de entendimento desse organograma por todos os chefes de distritos e diretoras de distrito entrevistados. Observe-se o comentário de um entrevistado:

[...] como um diretor de UAI fica sem saber que 10 equipes de PSFs estão sem médico, ele tem que saber disso. (E28)

As UAI's prestam serviço de urgência e emergência à população de Contagem. Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua resolução CFM nº. 1451, de 10/3/1995, a urgência é uma "ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata" e a emergência é uma "Constatação médica de condições de agravo à saúde que implica em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, tratamento médico imediato".

As quatro Unidades de Atendimento Imediato (UAI Ressaca, UAI Petrolândia, UAI XVI, UAI Nova Contagem) foram selecionadas para esta pesquisa por apresentarem as mesmas características de atendimento. Elas funcionam 24 horas prestando serviços de urgência e emergência à população do distrito, por demanda espontânea ou referenciada, normalmente pelos PSF's ou unidade de atendimento especializado, através de atendimento médico, enfermagem e de diagnóstico. Prestam atendimento médico nas clínicas médica, pediátrico e cirúrgico; atendimento de enfermagem (ECG de urgência; vacinas anti-rábicas e antitetânicas; curativos de feridas crônicas nos finais de semana e feriados, troca de sonda com prescrição médica, medicação EV- endovenosa ou IM- intramuscular que não possam ser feitas nas UBS aos feriados e finais de semana); realização de exames de RX de urgência e eletivos; além do encaminhado pelas unidades de atenção básica de saúde e exames laboratoriais de urgência (SMS- Contagem, 2009, p.1).

Convém, ainda, destacar que os enfermeiros-gerentes dessas UAI's assumiram duas funções: eles são gerentes da unidade e, também, responsáveis técnicos junto ao COREN-MG.

4.2. Dados demográficos e funcionais dos entrevistados

Os dados apresentados a seguir foram obtidos a partir do Formulário de Identificação, aplicado a todos os entrevistados (diretores de UAI's, subalternos e superiores), funcionários da FAMUC-SMSC, antes de iniciar as entrevistas.

Foram abordados 28 funcionários da FAMUC - SMSC, sendo:

- a) 10 (dez) funcionários da UAI Ressaca, 3 (três) funcionários da UAI Petrolândia, 6 (seis) funcionários da UAI Vargem das Flores, 4 funcionários da UAI XVI, 4 (quatro) Diretores de Distrito, um de cada Distrito e uma Gestora (Superintendente da Urgência e Emergência), totalizando 23 (vinte e três) servidores;
- b) 4 (quatro) Diretores de Distrito que, pelo organograma, não são chefes imediatos das Diretoras/enfermeiras gerentes, mas que estão ligados diretamente a elas em nível hierárquico superior, porque geograficamente a UAI pertence a um Distrito, onde são coordenadas todas as atividades relacionadas à saúde da população desse distrito; e,
- c) uma superintendente que é a chefe imediata das enfermeiras-gerentes, Diretoras de UAIs.

Quanto ao **sexo**, foram entrevistadas 26 mulheres (92,9%) e 2 homens (7,1%).

No que diz respeito à **faixa etária**, não houve entrevistados com menos de 25 anos; foram 7 entrevistados na faixa etária de 26 a 30 anos (25%), 8 entrevistados de 31 a 35 anos (28,6%), 1 entrevistado de 36 a 40 anos (3,6%), 4 deles de 41 a 45 anos (14,3%), 6 de 46 a 50 anos (21,4%) e 2 com mais de 51 anos (7,1%). (GRAF. 1)

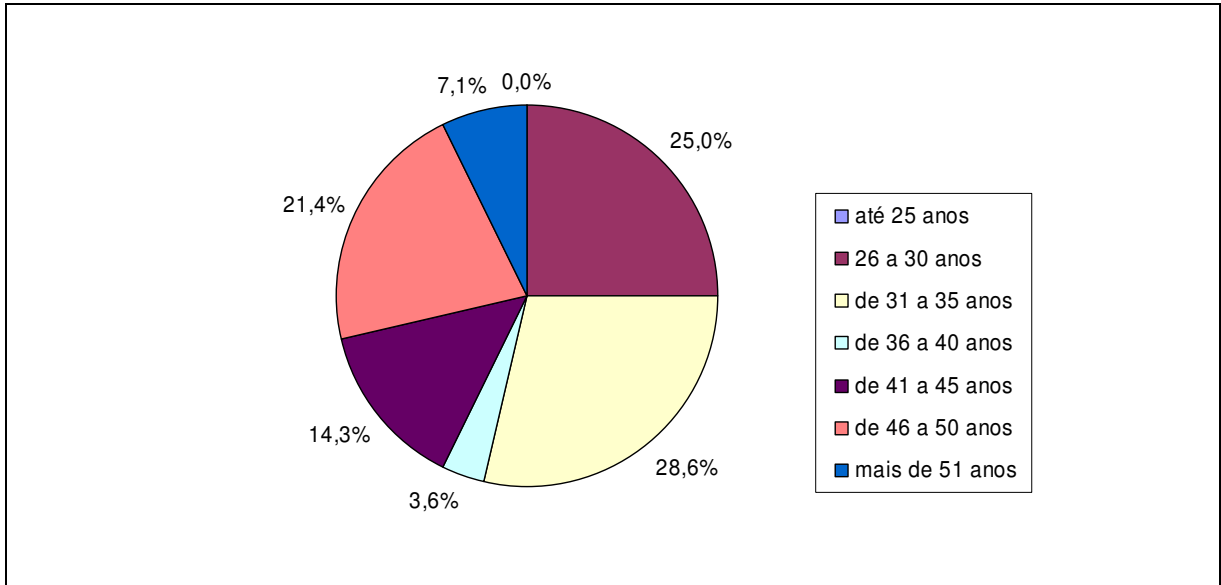


Gráfico 1 – Percentual de entrevistados por faixa etária
Fonte: Dados coletados da pesquisa

Considerando-se o **estado civil** dos entrevistados, a maioria (39,3%) é solteiro; seguida de casados (32,1%); separados, desquitados ou divorciados (21,4%) e em união estável (7,1%) conforme GRAF. 2)

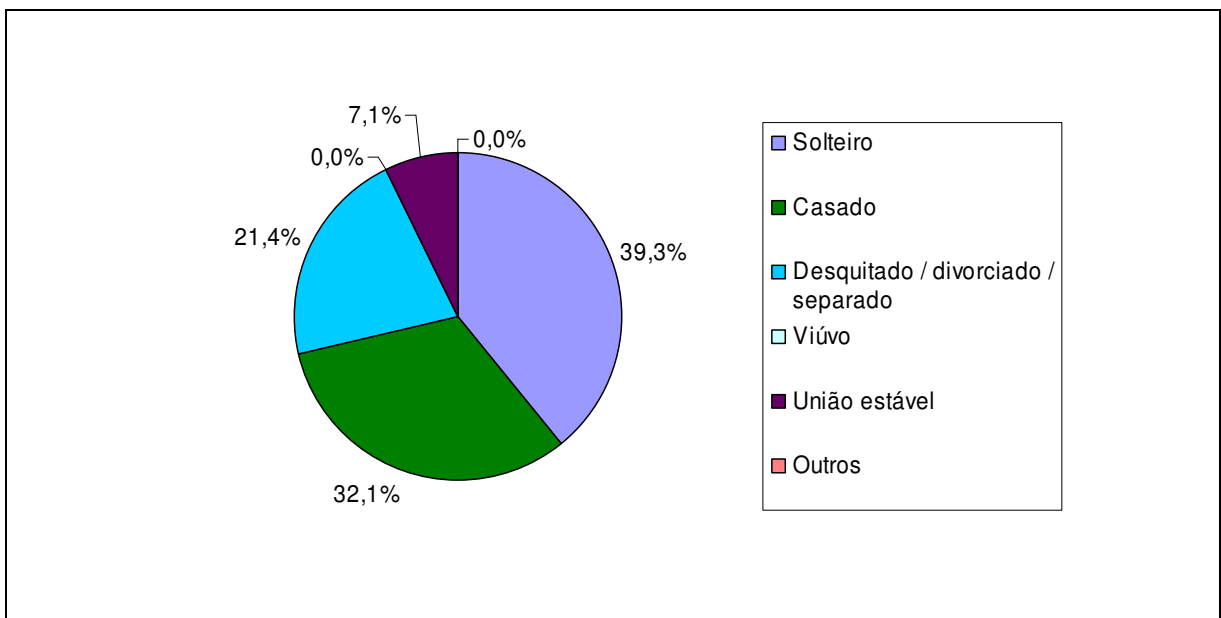


Gráfico 2 – Percentual de entrevistados, por estado civil
Fonte: Dados coletados da pesquisa

Quanto ao nível de **escolaridade**, observa-se que a maioria dos entrevistados tem curso de especialização em alguma área (57,1%), 35,7% deles têm apenas curso superior completo; 3,6% têm mestrado e outros 3,6% possuem curso superior incompleto, conforme se pode visualizar no GRAF. 3.

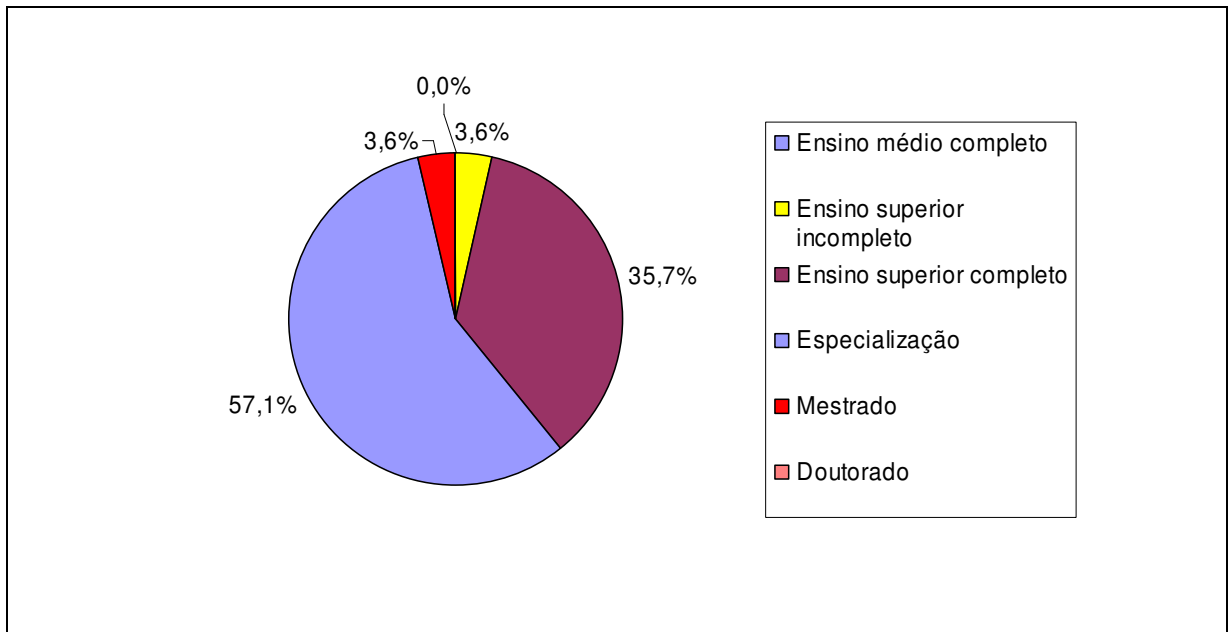


Gráfico 3 – Percentual de entrevistados por nível de escolaridade
 Fonte: Dados coletados da pesquisa

Em relação à **profissão** dos entrevistados, foram 16 enfermeiros (57,14%); 4 médicos (14,29%) e 8 entrevistados foram de outras profissão (28,57%), sendo um odontólogo, cinco assistentes sociais, um fisioterapeuta e um técnico de enfermagem. A escolha da profissão para entrevista decorreu da acessibilidade, por se tratar de uma unidade de urgência (GRAF. 4).

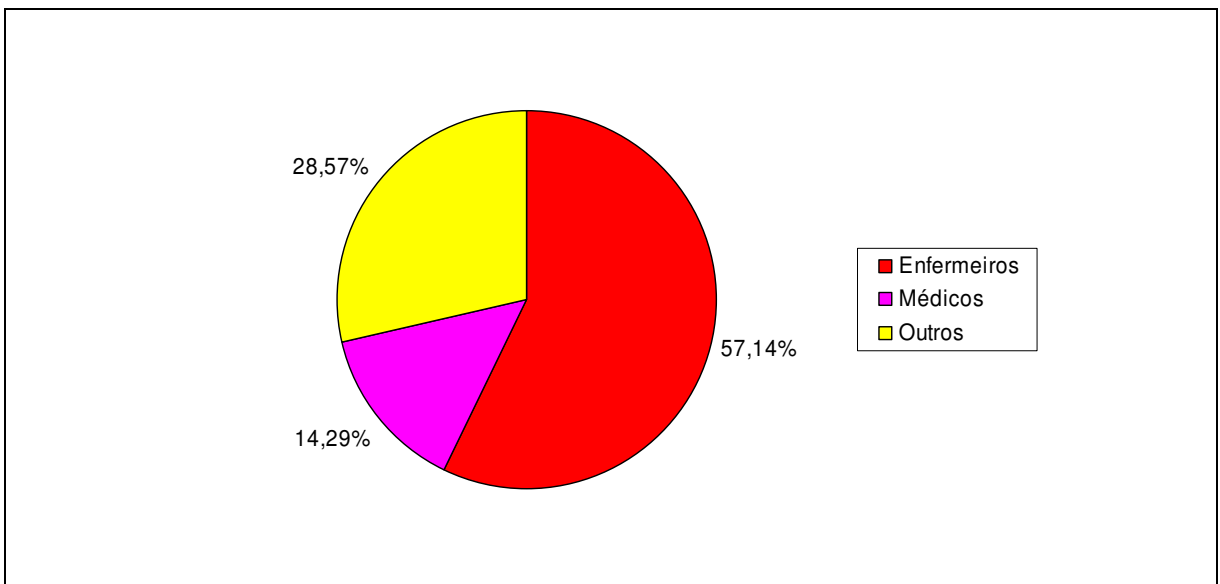


Gráfico 4 – Percentual de entrevistados por profissão
 Fonte: Dados coletados da pesquisa

No GRAF. 5, pode-se visualizar o **tempo de trabalho na instituição** dos entrevistados, percebendo uma distribuição heterogênea: 13 estão na SMSC há

mais de 1 ano (46%); com menos de 1 ano (36%); 02, de 16 a 20 anos (7%); 1, de 6 a 10 anos (4%); 2 com mais de 21 anos (7%).

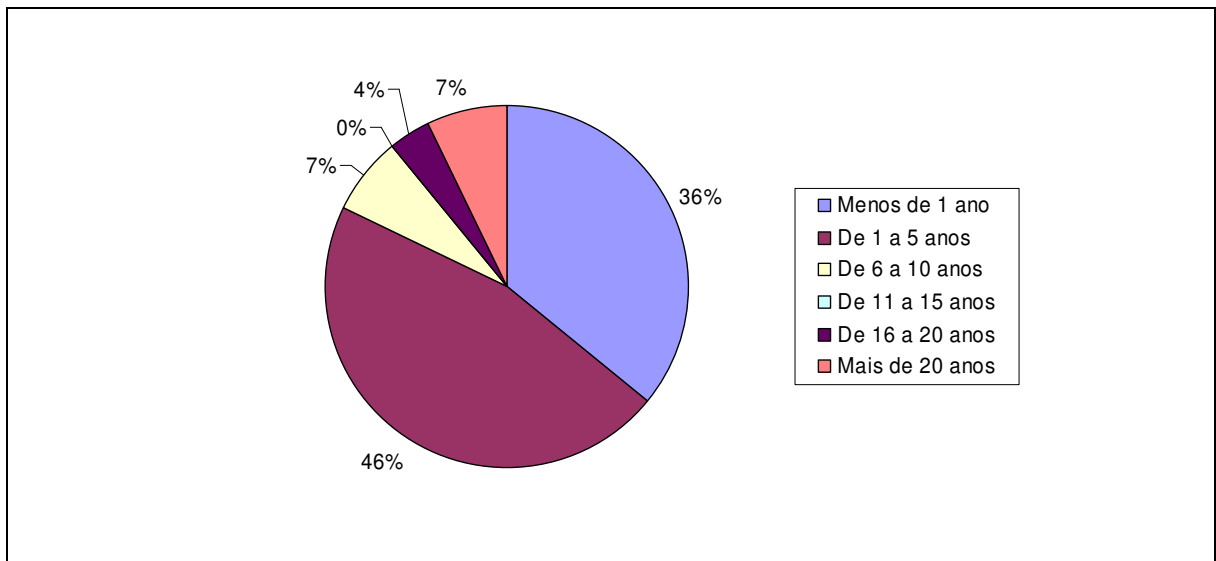


Gráfico 5 – Percentual de entrevistados, por tempo de trabalho na SMSC
Fonte: Dados coletados da pesquisa

Com relação ao **cargo ocupado** atualmente na SMSC, percebe-se neste aspecto uma distribuição homogênea: 4 enfermeiras assistenciais, 4 enfermeiras da classificação de risco, 4 diretoras geral da UAI (enfermeira-gerente, alvo deste estudo), 4 diretores de distrito e médicos clínicos (14,3% para cada cargo dos entrevistados); 3 assistentes sociais (10,7% deles); 3 gerentes administrativos (10,7%); um médico pediatra (3,6%); e uma gestora (3,6%). (GRAF. 6)

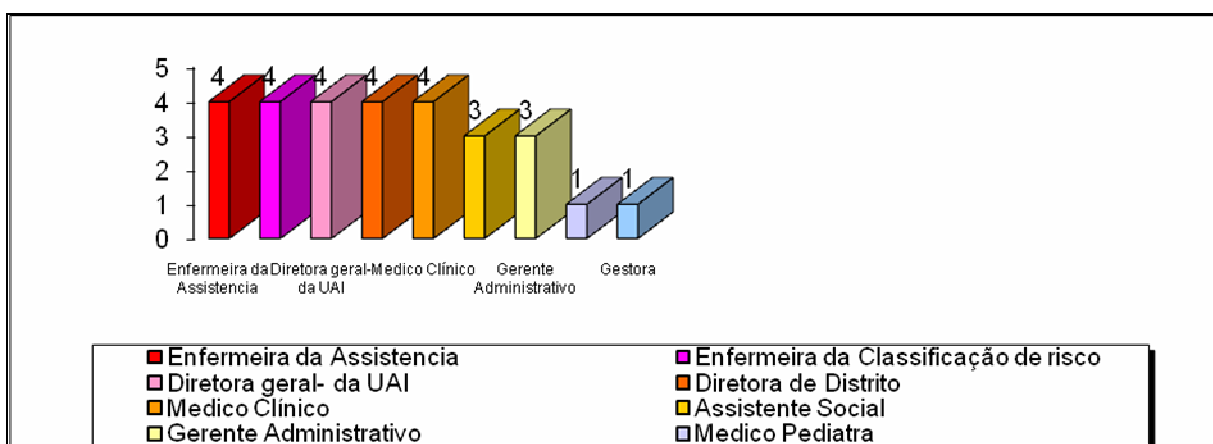


Gráfico 6 – Total de entrevistados, por cargo ocupado na SMSC atualmente
Fonte: Dados coletados da pesquisa

Em relação ao **tempo** dos entrevistados no cargo atual, observa-se que a maioria está no cargo de 1 a 5 anos (39% deles); 32% deles estão há menos de 1 ano; outros 14% de 6 a 10 anos; entre 16 a 20 anos (4%) e há mais de 21 anos (11%)

conforme GRAF. 7.

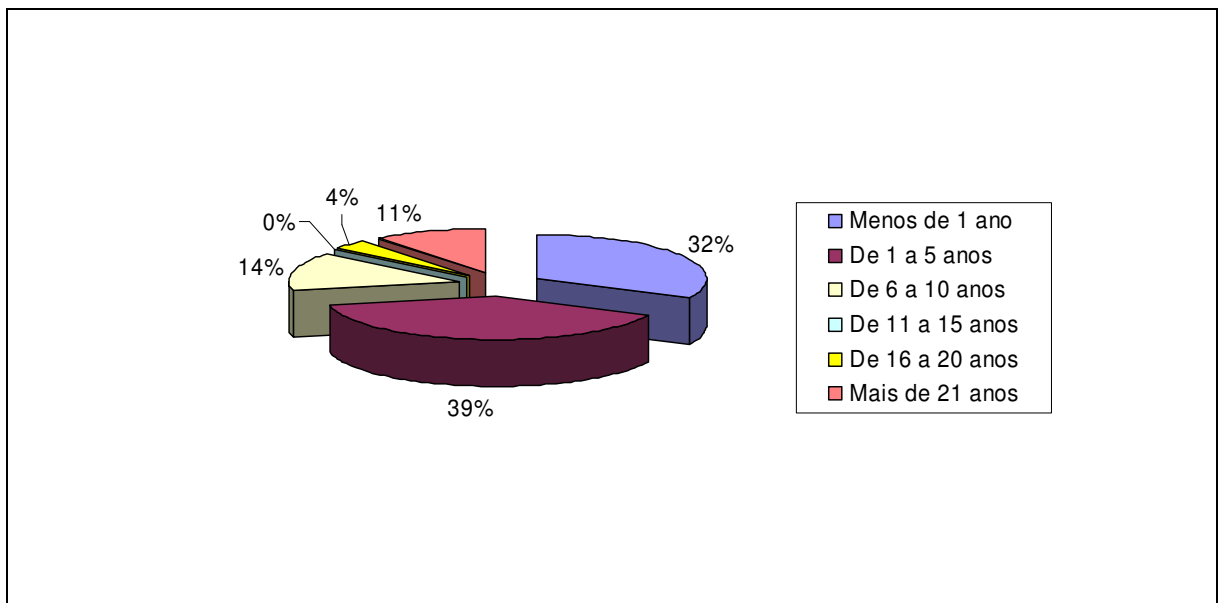


Gráfico 7 – Percentual de entrevistados, por tempo no cargo na SMSC.

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Sobre o **tempo na função**, os resultados coincidem com o tempo no cargo na SMSC, de 6 a 20 anos (36%), percentuais semelhantes (21%) para faixas de menos de 1, de 6 a 10, e mais de 21 anos (GRAF. 8).

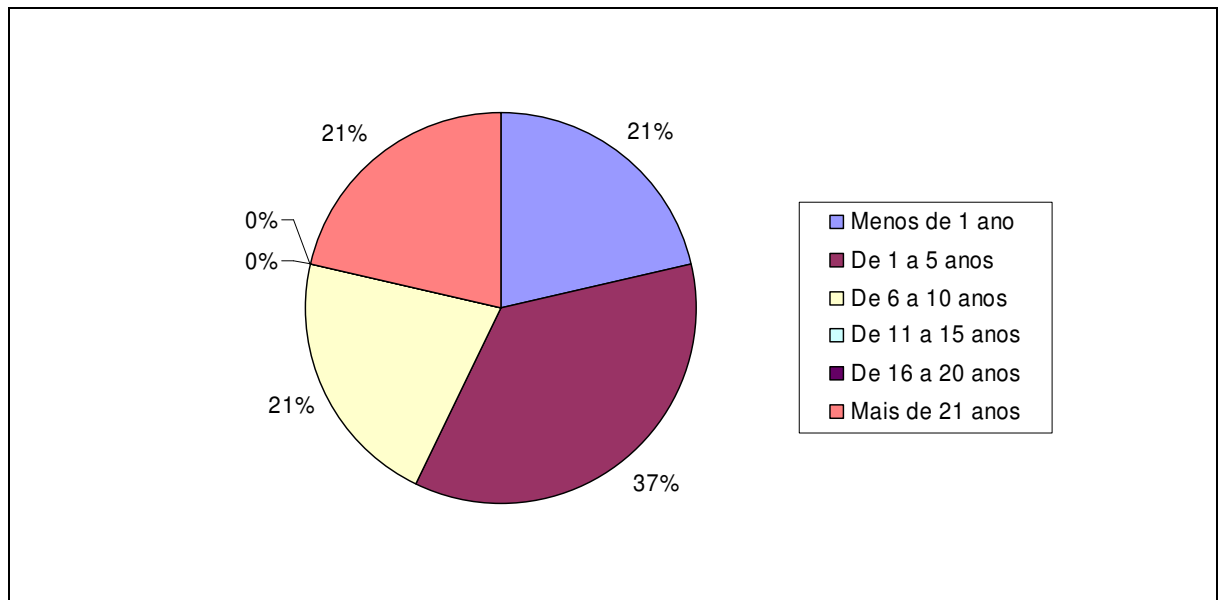


Gráfico 8 – Percentual de entrevistados, por tempo na função

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Quanto às especificidades das enfermeiras-gerentes das UAI's de Contagem, salientam-se os seguintes dados:

- a. Faixa etária – 3 de 26 a 30 anos, 2 de 31 a 36 anos e todos do sexo masculino;
- b. Estado civil – 2 (duas) são solteiras e 2 (duas) são casadas;
- c. Escolaridade – duas têm curso de especialização em outra área que não de gestão e duas têm apenas graduação;
- d. Tempo de serviço na UAI – duas têm menos 1 ano de trabalho e duas de 1 a 5 anos (especificamente entre 1 e 2 anos);
- e. Tempo no cargo – duas com menos de 1 ano e duas de 1 a 5 anos, coincidindo a entrada da enfermeira-gerente na unidade e o cargo que ocupa;
- f. Tempo de experiência na função – duas têm menos de 1 ano de experiência gerencial e duas têm de 1 a 5 anos.

Observe que o tempo no cargo das diretoras (enfermeiras-gerentes) coincide com a entrada das mesmas nas UAI's, o tempo de experiência e o cargo ocupado também são semelhantes. Essas enfermeiras-gerentes, segundo os dados, são novas na profissão e no cargo que ocupam e nenhuma delas teve preparação ou qualificação especial para assumir o cargo de diretora de UAI, sendo que somente uma delas é servidora efetiva da SMSC-FAMUC.

4.3 Sobre a competências das enfermeiras-gerentes das UAI's de Contagem-MG

Inicia-se a apresentação e análise dos dados das entrevistas a partir da percepção dos servidores abordados acerca da função gerencial. A partir dos aspectos ressaltados nas respostas dos entrevistados, perceberam-se relações com as componentes das competências profissionais (competências específicas) pertinentes ao modelo analítico adotado nesta pesquisa a saber: cognitiva (Cg), funcional (F), comportamental (Cm), ética (E) e política (P), conforme delineado em algumas das tabelas resumitivas apresentadas a seguir. Convém ressaltar que o “grupo observado” constitui-se das quatro enfermeiras-gerentes e o “grupo controle” é composto pelos demais entrevistados, subordinados e superiores.

Quanto às características ideais do gerente, constatou-se que em sua maioria os servidores acham que os gerentes devem ter visão ampla, atuar com os benefícios gerais para a população e para a secretaria (32,1% deles); conhecer a realidade, a estrutura, o processo de trabalho, os problemas, a equipe (32,1% deles); ser participativo, democrático, acessível, aberto às mudanças (25%); ter conhecimento, ter capacidade administrativa (25%); ser humano, amigo, compreensivo (17,9%); dentre outras respostas. Em função da técnica de análise de dados adotada, as respostas foram reagrupadas em torno de temas comuns. Conforme se pode observar na TAB. 1, as questões apontadas mais recursivas foram as referentes ao planejamento do gestor, o qual exige, dependendo da atividade, diversas ou até mesmo todas as competências específicas para sua efetividade.

Tabela 1 – O gerente ideal, na percepção dos entrevistados

Respostas	Componentes da Competência Profissional	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Continua	
				Total geral	%
Planeja					
Ter visão ampla, atuar com os benefícios gerais para a população, para a secretaria, e para o servidor	Cg, F, P	7	2	9	32,1
Conhecer a realidade (a estrutura, o processo de trabalho, os problemas, a equipe)	Cg, F, Cm	6	3	9	32,1
Planejar, construir propostas	Cg, F, Cm, E, P	2	2	4	14,3
Organiza					
Buscar parcerias	F, Cm, E, P	1		1	3,6
Desenvolver ações	F, Cm, P		1	1	3,6
Coordena					
Trabalhar em equipe	F, Cm, E, P	3	1	4	14,3
Promover a participação	F, Cm, E, P	1		1	3,6
Executar	F, Cm, E, P	1		1	3,6
Comanda					
Direcionar esforços	F, Cm, E, P	2		2	7,1
Intervir no momento adequado	F, Cm, E, P	1		1	3,6
Participar dos problemas	F, Cm, E	1		1	3,6
Controla					
Monitorar, avaliar, solucionar	F, Cm, E,	2		2	7,1
Características individuais					
Ser participativo, democrático, acessível, aberto ao diálogo, às mudanças	F, Cm, E	7		7	25,0
Ser humano, amigo, compreensivo	F, Cm, E	5		5	17,9
Ser facilitador do serviço, dinâmico, conciliador, negociador, articulado	F, Cm, E, P	2	2	4	14,3

Respostas	Componentes da Competência Profissional	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Conclusão	
				Total geral	%
Ser entusiasmado, presente, comprometido, dedicado, ter força de vontade, envolvido	Cm, E	2	2	4	14,3
Ter disciplina, rigor, "pulso"	Cm, E	3		3	10,7
Exercer liderança, confiar na equipe, ser coerente nas cobranças	Cm, E	2	1	3	10,7
Saber ouvir, escutar funcionários	Cg, Cm, Func	2		2	7,1
Ter perfil	Cm, E	1	1	2	7,1
Ter segurança, domínio	F, Cm	1		1	3,6
Ser organizado	F, E	1		1	3,6
Ser paciente	Cm, E	1		1	3,6
Ser responsável	Cm, E		1	1	3,6
Ter conhecimento, ter capacidade administrativa	Cg, F	6	1	7	25,0
Ter competência profissional (geral)	Cg, F	3		3	10,7
Ter formação acadêmica em nível superior	Cg, F	1	1	2	7,1
Ser profissional	Cg, F	1		1	3,6
Conhecer o projeto político	Cm, P	1		1	3,6
Características da função					
Ser muito difícil	Cg, F, Cm, E, P	1		1	3,6
Admitir por currículo e entrevista	Cg, F	1		1	3,6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Para os entrevistados, a gerência ideal atende às ações delineadas por Fayol (1990) planejar, organizar, coordenar e controlar -, de modo a colaborar com a subordinação dos interesses individuais aos da organização, promover a satisfação das necessidades pessoais e instigar o espírito de equipe, funções que carecem de competências diferenciadas para serem exercidas de modo competente no nível gerencial.

A necessidade de reconhecer a realidade (a estrutura, o processo de trabalho, os problemas, a equipe) observado por 32% dos entrevistados vem ao encontro de Simon (1965) que escreve que o gerente é aquele que toma decisão, entende a situação e os problemas da organização, identifica as causas, avalia e controla os resultados.

Ter uma visão, conhecer a sua equipe, reconhecer os problemas que existem, e, de certa forma tentar solucionar, direcionar, amenizar as coisas.
(E3)

O gerente é aquele que, como Davel e Melo (2005) argumentam, ocupa cargo intermediário de poder entre os trabalhadores e os proprietários. No caso dos gerentes aqui abordados, os gestores encontram-se no centro de uma série de expectativas de atores diferenciados, a saber: a clientela externa, ou seja, os pacientes que procuram a unidade para atendimento; e a clientela interna, incluindo-se os servidores das UAI's e os gestores superiores que se encontram na SMSC. Para realizar suas atribuições, percebe-se a necessidade do domínio de habilidades técnicas, humanas e conceituais, conforme Katz (1986), observando-se a prevalência da conceitual no caso desses gerentes:

Para ser um gerente primeira coisa tem que ter um perfil, não dá pra ser qualquer pessoa, tem que ter um perfil [...] ter uma visão do todo dentro de uma unidade, que tenha essa capacidade de estar fazendo essa ligação com os vários setores que tem em uma urgência, do laboratório até lá pra cima (administração). (E13)

Conforme destaca Sperling (2002), o papel essencial do gerente público é saber analisar e comparar o contexto internacional e nacional, ter visão e atuar frente às transformações internas e externas às organizações. Em sentido semelhante, Quinn *et al.* (2003) afirma que “a visão é para o líder o que a missão e os valores são para a organização – declarações poderosas de propósito e paixão”. No caso específico dos gestores-alvo deste estudo, alguns comentários merecem destaque com relação à contextualização no campo da saúde pública na esfera municipal:

Acredito que o gerente tem que ter uma visão ampla, ele tem que ver não só as questões administrativas, mas também a questão de equipe, as particularidades da equipe [...] (E6)

Gerente que participa vê como tá funcionando a unidade e não é aquele gerente ausente, que assina o ponto, vem aqui e vai embora. Fica de longe no telefone. (E7)

Assim, percebe-se como, nessa realidade, as funções gerenciais demandam conhecimento e responsabilidade para atingir metas, alcançar produtividade e competitividade (CAMPOS, 2004). Voltando ao gerente do setor público, Tohá e Solari (1997) ressaltam a formação nem sempre adequada ao exercício da função gerencial e suas habilidades políticas, o que está diretamente conectado com a componente política do modelo de Paiva (2007), adotado como base nesta análise. Observe-se o comentário do seguinte entrevistado:

Deveria ser um profissional de nível superior, com capacidade para exercer a função, capacidade esta que eu quero dizer, conhecimento da área, porque isso facilita a do profissional, e com cursos preparatórios de administração. (E8)

Todas as observações feitas pelos entrevistados a respeito de gerente ideal nos remete à definição de gestão de André e Ciampone (2007) sobre o gestor de serviços de saúde: ele deverá ser capaz de conduzir as equipes, agregando esforços, utilizar recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos, dar soluções dos serviços de saúde na área de abrangência, ser resolutivo, conforme o modelo assistencial pautado na epidemiologia social. Para isso, é necessário que se desenvolva um modelo de gestão pertinente e capaz de favorecer ações para a manutenção desse processo.

Por outro lado, na visão de 17,9% dos entrevistados, o gerente real é pouco participativo e entrosado e tem dificuldade para negociar. Em relação ao planejamento, eles acham que estão sobrecarregados com várias atividades da gerência, burocracias, assumem outras funções (14,3%); são sem pulso, sem presença, sem domínio (10,7%); falta-lhes tempo para levantar problemas, planejar ações (10,7%); são autoritários (10,7%); comprometidos, responsáveis, esforçados (10,7%), dentre outras respostas, conforme resumido na Tabela 2, na qual se pode ver também as componentes específicas da competência profissional que foram alinhadas a cada uma das características citadas pelos entrevistados quando perguntados sobre a realidade gerencial na UAI. Note-se a preponderância, no gerente real delineado pelos entrevistados, de funções relativas à coordenação, seguida do planejamento, sendo este segundo o mais apontado pelo grupo de enfermeiras-gerentes entrevistadas.

Tabela 2 – O gerente real, na percepção dos entrevistados

Respostas	Componentes da Competência Profissional	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Continua	
				Total geral	%
Coordena					
É pouco participativo e entrosado, dificuldade para negociar	Cm, E	5		5	17,9
É participativo	F, Cm, P	2		2	7,1
Tem dificuldades em lidar com as profissões	F, Cm, E		1	1	3,6
Não tem envolvimento	Cm, E,		1	1	3,6

Respostas	Componentes da Competência Profissional	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Conclusão	
				Total geral	%
Planeja					
Está sobrecarregado com várias atividades da gerência, burocracias	F, Cm, E, Pi	2	2	4	14,3
Não tem tempo para levantar problemas, planejar ações	F	2	1	3	10,7
Tem conhecimento técnico do processo de trabalho, da área	Cg, F, Cm, P	2		2	7,1
Não tem tempo de estar ali mais junto com os profissionais	Fun, Cm, E	1		1	3,6
É imediatista (apaga fogo)	F,		1	1	3,6
Não consegue colocar em prática o que tem do SUS	Cg, F	1		1	3,6
Tenta escutar, mas tem entraves	Cm	1		1	3,6
Tem visão	Cg, Cm, F, E, P	1		1	3,6
Ficam distantes da realidade da assistência	F, Cm, E		1	1	3,6
Comanda					
Sem pulso, sem presença, sem domínio	Cm,E,	3		3	10,7
Não é atuante	F		1	1	3,6
Organiza					
Organiza todo o serviço	Cg, Cm, F, E, P	1		1	3,6
Prioriza um lado	F, Cm, E	1		1	3,6
Controla					
Procura ter o cuidado em observar o eixo condutor	F, Cm, P	1		1	3,6
Fica inteirados com os problemas da unidade	F, Cm, P	1	1	2	7,1
Características profissionais					
Falta conhecimento	Cg, F, P	4		4	14,3
Pouca capacitação	Cg,F	2			7,1
Falta competência para administrar	Cg, F, Cm, E, P	2		2	7,1
Falta prática	F	2		2	7,1
Pouca competência para administrar		2			7,1
Falta de conhecimento prático	F	2			7,1
Não está preparada para assumir 'o cargo'	Cg, F	1			3,6
Desconhece a própria política e os trâmites da secretaria.	F, P	1			3,6
Não conhece a estrutura do município	F, P	1			3,6
Prejudicado com o entendimento das urgências	F	1			3,6
Características pessoais					
Negativas					
Autoritário	Cm,E,	3		3	10,7
Muito injusto, leva as coisas muito para o pessoal	Cm,E,	1		1	3,6
Peca pelo lado do recursos humanos	Cm,E,	1		1	3,6
Positivas					
Comprometido, responsável, esforçado	F, Cm, E	3		3	10,7
Quando é enfermeiro é diferente	Cg, Cm, F	1		1	3,6
É um profissional de nível superior	Cg, F	1		1	3,6
Depende da formação acadêmica	Cg, F				
Dinâmico	F, Cm	1		1	3,6
Apoio	Cm, E, P	1		1	3,6
Dedicado	Cm	1		1	3,6
Líder	Cg, Cm, F, E, P	1		1	3,6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

O gerente observado pelos entrevistados tem dificuldades de se reunir, ficar próximo ao grupo, não é democrático, mostrando uma fragilidade nas habilidades humanas, conforme propostas por Katz (1986). Eles mostram também neste aspecto que as habilidades propostas por Motta (1991) - organizacional, interpessoal e individual – parecem comprometidas nas gerentes. Percebe-se que as reuniões com a clientela interna deveriam ser mais frequentes, porque a falta delas dificulta a comunicação, prejudicando o exercício da função gerencial no grupo observado. Conforme referenciado por Barnard (1971) e Quinn *et al.* (2003), o gestor, para conseguir eficácia em suas estratégias, deve desenvolver um sistema eficiente de comunicação e cooperação, nos diversos níveis funcionais da organização. Observe-se a resposta de um entrevistado.

Efetivamente eu acho que nas unidades mesmo tendo um eixo condutor da gestão, cada um tem uma atuação, que vai muito do perfil da pessoa, alguns têm mais facilidade para negociar, de dialogar, alguns tem uma visão mais autoritária, então você tem essa atuação que pode ser uma atuação mais horizontal e uma atuação mais vertical, então tem essas particularidades. Mas enfim, eu percebo que os gerentes procuram ter um cuidado em observar este eixo condutor. (E14)

Segundo Quinn *et al.* (2003), nas reuniões de uma equipe, deve existir uma adequada contribuição dos presentes e todos devem colaborar de uma maneira significativa, pois uma das vantagens dessas reuniões é promover a participação dos servidores no processo de decisão, aprimorando as suas habilidades e competências e se desenvolvendo como membro da organização. Para o autor, no papel de facilitador, o gerente deverá ter o domínio dessa técnica, percebida pelos entrevistados como falha da gestão atual.

Eu senti falta disso, dessas reuniões, de uma participação maior. (E13)

De acordo com os relatos dos entrevistados, foi possível notar a importância dos fatores individuais, como a cultura, influenciando o papel do gerente, fato que corrobora as considerações de Davel e Melo (2005) quando eles argumentam sobre o papel do gerente influenciado pela cultura do próprio indivíduo, autoritária e paternalista, refletida numa cultura organizacional individualista.

Acho que eles são muitos “é isso e pronto” [...] Ele é muito individualista! muito a opinião dele que prevalece, e ele deveria ser uma questão democrática. (E15)

As ações gerenciais voltadas para a atuação diária, exigências, contradições, fragmentações e a exigência de desempenharem diversos papéis, às vezes simultaneamente, são observados pelos entrevistados desta pesquisa, conforme também fora observado por Hill (1992), quanto aos aspectos multifacetados dos gerentes, destacando as características de variedade e fragmentação do trabalho do gerente.

Efetivamente acho que é pouco participativo certo! Até mesmo por ser uma gerência geral, então eu acho, na parte, vamos dizer... na prática, fica um pouco a desejar... A pessoa tem tantos compromissos, tantas reuniões, organizar tantas coisas, que talvez não dê tempo de estar ali mais junto com os profissionais que trabalham naquele local, que eu acho uma questão primordial. (E19)

A questão da qualificação é observada pelos entrevistados como condição ao cargo, em conformidade com o descrito por Campos (2004), o qual destaca que a função gerencial demanda conhecimentos (gerenciais e técnicos) e responsabilidades.

Hoje em dia as pessoas não estão muito preparadas para assumir o cargo não. Não só de gerência, mas de uma maneira geral, não estão preparadas para assumir a função para que se proponha. (E25)

[...] nem sempre ele tem a “capacitação” né”, é uma pessoa que está correndo atrás para poder resolver os problemas também do dia a dia. (E28)

Outro aspecto apresentado pelos entrevistados é a questão do tempo e da descontinuidade do trabalho como fator de dificuldade para o planejamento e a organização do serviço. Tal constatação aproxima-se de Motta (1991), que afirma que o gerente tem tarefas inesperadas e imprevistas, com trabalho descontínuo e variável, que contraria a tradicional gerência: planejador, coordenador, supervisor eficiente das atividades organizacionais, semelhante a Fayol (1990), utilizado para sistematizar as falas dos entrevistados quanto ao gerente ideal e real.

Na verdade, o gerente não tem este tempo pra tá fazendo isso, este levantamento de problema, planejamento de ações, tal. O que ele fica é apagando fogo de fato sabe, ele tem um problema vai lá e resolve, tem outro vai e resolve porque não há, não há condições, efetivamente pra tá fazendo este trabalho, ou seja, e aí é um dos problemas que eu vou tá falando pra você que é a falta de mão de obra, ta [...] ou seja, falta de recursos humanos pra tá gerindo alguns setores. (E1)

Nas UAI's pesquisadas, todas as gerentes são enfermeiras, lotadas em cargos de

Diretoras. As Enfermeiras, segundo Brito (2004), tem se deslocado de questões específicas da assistência e assumido unidades funcionais incorporando novas funções gerenciais (gestão de recursos humanos, materiais, financeiros, negociações intra e extraorganizacionais). As enfermeiras-gerentes desta pesquisa acumulam dois cargos: o de diretora e o de referência técnica de enfermagem perante o Conselho Regional de Enfermagem, COREN–MG. Como diretora, ela assume todas as responsabilidades administrativas como já descrito pelos entrevistados, e como responsável técnica responde pela equipe de enfermagem. Não existe nas UAI's a estrutura hospitalar de Diretor geral, diretor clínico (responsável técnico pelos médicos) e coordenador de enfermagem (responsável técnico da enfermagem). O gerente administrativo é um cargo de subordinação juntamente com os outros profissionais dessa unidade de saúde, conforme se pode observar no organograma de uma Unidade de Pronto Atendimento compacto abaixo.

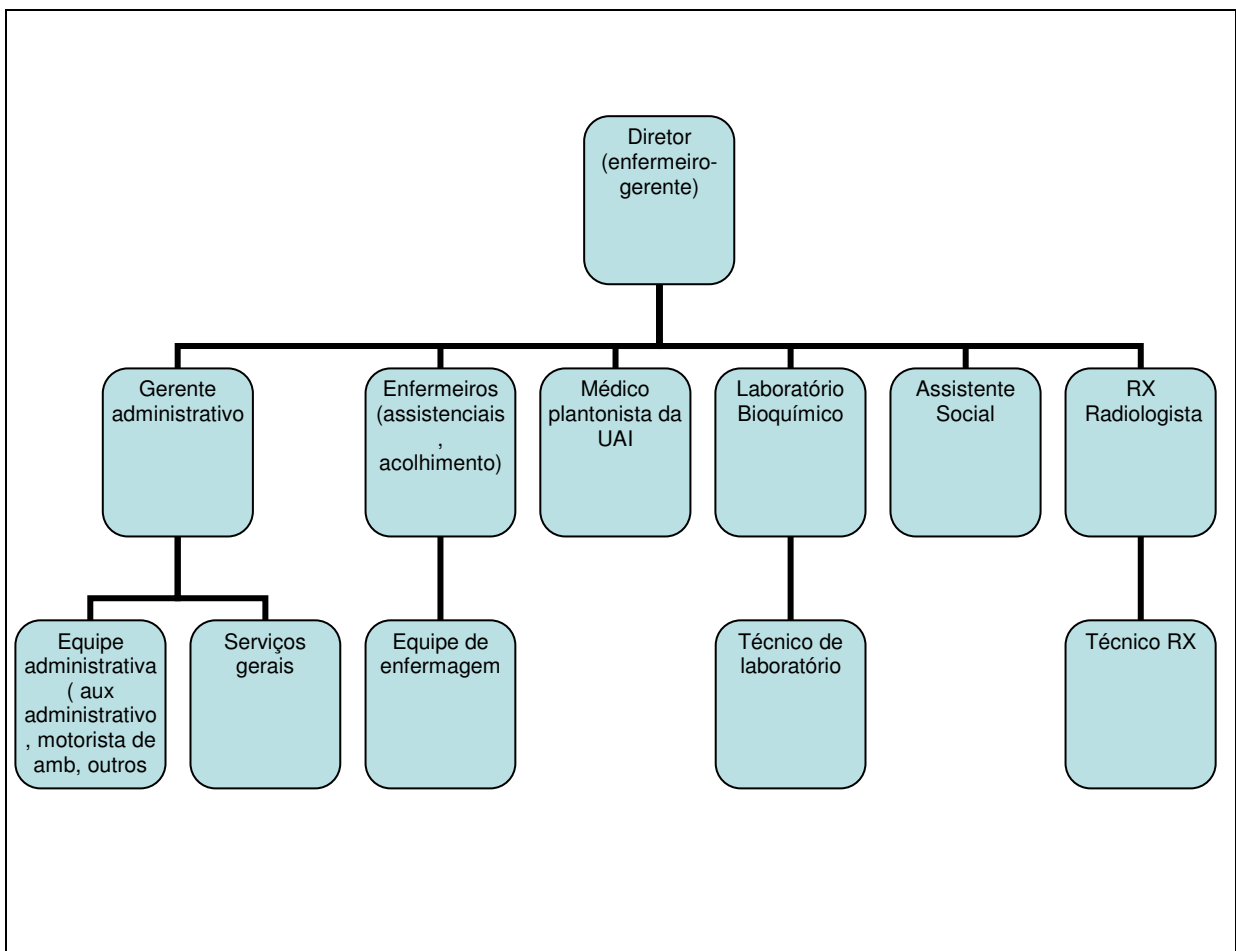


Figura 4 – Organograma compacto de uma UAI
Fonte: Brasil (2008) Adaptado pela autora

Especificando, ao se analisar a percepção dos entrevistados em relação ao enfermeiro-gerente (diretor) ideal para uma UAI, foram observadas como respostas mais recursivas: ter conhecimentos técnicos, conhecimento de urgência e emergência (28,6%); trabalhar em grupo, colaborar com a equipe, ter abertura, envolvida (25%); entrosar mais, estar junto com os funcionários, ser parceiro, estar presente, ser disponível, ser participativo (25%) conforme TAB. 3

Tabela 3 – O enfermeiro-gerente ideal, na percepção dos entrevistados

Respostas	Componentes da Competência Profissional	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Continua	
				Total geral	%
Planeja					
Conhecer todo o processo de trabalho	Cg, F	2		2	7,1
Ter conhecimento do restante da rede	F, P	2		2	7,1
Trabalhar com planejamento em curto, em médio e em longo prazo	Cg, F	1		1	3,6
Ser profissional que tivesse interação com o ambiente	F		1	1	3,6
Ter percepção de fato do serviço	F		1	1	3,6
Conhecer área física	F		1	1	3,6
Conhecer o tipo da população	F, Cm		1	1	3,6
Conhecer para fazer diagnóstico da unidade	Cg, F		1	1	3,6
Conhecer fluxo de cada atendimento	F	1		1	3,6
Conhecer a rede	F		1	1	3,6
Querer melhorar o sistema (SUS)	F, P		1	1	3,6
Ter metas, objetivos em comum com a rede e com outras unidades de UAIs,	F, P	1		1	3,6
Organiza					
Ter capacidade de organizar	Cg, F	1		1	3,6
Administrar sem dar tumulto	Cg, F	1		1	3,6
Estabelecer ações, programar e ter um certo cronograma pra isso	Cg, F	1		1	3,6
Manter a parte administrativa e a dispensação de materiais	F	1		1	3,6
Ver tanto o lado profissional como o lado do usuário, tentar achar um equilíbrio	F, Cm, P	1		1	3,6
Olhar a postura, olhar o profissional e o perfil do profissional	F, Cm	1		1	3,6
Controlar	F,E, P	1		0	3,6
Cobrar mais da SMSC, recursos e condições de trabalho	F, E,P	1		1	3,6
Promover participação	F, Cm,				
Características pessoais					
Entrosar mais, estar junto com os funcionários, ser parceiro, estar presente, ser disponível, ser participativo	Cm, P	5	2	7	25,0
Trabalhar em grupo, colaborar com a equipe, ter abertura, ser envolvida	Cm, E	6	1	7	25,0
Ter capacidade de relacionamento	F,Cm	2	1	3	10,7
Ter perfil	Cm	2		2	7,1
Apoiar seus subordinados, ser compreensivo	Cm,	2		2	7,1
Conhecer as limitações	Cm, E		1	1	3,6
Não integrar	Cm	1		1	3,6
Socializar as informações, ser democrático	F, Cm	1		1	3,6
Ser responsável pela unidade	F, P	1		1	3,6
Ser comprometido	Cm	1		1	3,6
Ser resolutivo	F, Cm	1		1	3,6
Gostar de trabalhar	Cm	1		1	3,6

Respostas	Componentes da Competência Profissional	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Conclusão	
				Total geral	%
Ter pulso	Cm	1		1	3,6
Ter um olhar mais holístico, inteirado com a situação	Cm		1	1	3,6
Ser dinâmico e articulado	Cm	1		1	3,6
Características profissionais					
Ter conhecimentos técnicos, conhecimento de urgência e emergência	Cg, F	7	1	8	28,6
Ter competência, capacitação na gerência	Cg, F	4		4	14,3
Tem que estar totalmente envolvida com a política atual, a gestão atual, porque além de sermos gerentes, coordenadores, a gente tem que ser políticos também	Cg, Cm, F, E, P	1	1	2	7,1
Ser profissional habilitado	Cg, F	1	1	2	7,1
Ter demanda conhecimento prévio	Cg, F		1	1	3,6
Ter conhecimento das leis	Cg, F	1		1	3,6
Características funcionais					
Ser complicado não é fácil	Cg,Cm, F, E, P	1		1	3,6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

As respostas dos entrevistados indicam que a questão técnica gerencial está associada à prática da assistência. Ressalta-se, nas respostas, a necessidade do domínio da habilidade técnica, da humana e da conceitual (KATZ, 1986) para o desempenho do enfermeiro-gerente ideal, afinal, esse profissional precisa compreender como é o funcionamento de uma unidade de Atendimento.

Além da capacitação de gerência, ter o conhecimento da urgência/emergência, e de ter a visão de tudo que acontece ali dentro na unidade, porque apesar de ter o subordinado, ele tem que saber daquilo que o subordinado faz e do que está acontecendo, se não ele não vai ter domínio do que está acontecendo na unidade dele. (E28)

[...] desde administrativo até assistência [...]. (E3)

Os entrevistados sabem que o enfermeiro-gerente é um cargo administrativo, mas não conseguem deslocar o profissional do cargo “enfermeiro” para o cargo de “diretor”, pois, a todo momento, esses cargos são confundidos, fato compreensível mediante o acúmulo de funções desse profissional no contexto das UAI’s.

Na história da enfermagem, a coordenação da equipe é inerente à profissão. O enfermeiro é sempre visto como “chefe” da enfermagem. Quando eles se deslocam para um cargo administrativo (superior), os gerentes são cobrados por sua equipe

(principalmente de enfermagem) acerca desse distanciamento. Como descrito por Katz (1986), à medida que os gerentes progridem, eles vão deixando as habilidades técnicas e se dedicando mais às habilidades conceituais, porém o autor ressalta que existe a necessidade das habilidades humanas em todas as etapas. Observando a fala dos entrevistados, nota-se que tais deslocamentos ficam tensionados em função da natureza da profissão do enfermeiro e das funções que ele deve desempenhar quando no cargo gerencial: alguns relatos remetem a aspectos técnicos, enquanto outros são capazes de perceber a necessidade das habilidades humanas e conceituais. Essas últimas estão intimamente ligadas aos componentes comportamental e funcional das competências profissionais, conforme modelo de Paiva (2007). Observe-se o relato abaixo:

Acho que ele deveria se entrosar mais. Aqui na unidade, os subordinados, principalmente os técnicos e auxiliares de enfermagem, têm muita resistência em relação ao gerente. (E15)

Foi relatada por um entrevistado a importância de combinar o saber fazer com o contexto do trabalho para concretizar a competência, como exposto por Zarifian (2001) sobre competência profissional e os comportamentos que se exerce no ambiente do trabalho.

Além de participar, ele tem que ser competente, tem que ser treinado pra urgência, porque se precisar, como ele é enfermeiro, se precisar ele vai ter que atuar, então tem que ser um gerente competente, ter as habilidades de um enfermeiro de urgência! (E7)

Observa-se que, da perspectiva ideal para a real, as respostas mudam, ficando mais homogêneas, em torno de características pessoais positivas, como: ser esforçada, interessada, fazer a diferença, ter disposição, ser bem intencionada, gostar do trabalho, ser presente (17,9%); ser dinâmica, atuante, eficiente (14,3%). Observem-se as respostas sistematizadas na TAB. 4.

Tabela 4 – O enfermeiro gerente real, na percepção dos entrevistados

					Continua
Respostas	Componentes da Competência Profissional	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Total geral	%
Planeja					
Busca a satisfação do servidor e da População, cuida dos profissionais	Cm, P, E	1	2	3	10,7
Promove pouca reunião	F	2		2	7,1
Resolve coisas burocráticas	F,	2		2	7,1
Não tem desconhecimento (da rede)	F, Cm, P	1		1	3,6
Não tem a visão da unidade (que é um serviço especializado)	F, Cm, P		1	1	3,6
Vê mais o lado do usuário do que o lado do atendimento (volume do atendimento)	F, Cm	1		1	3,6
Não vê a realidade	Cm,	1		1	3,6
Coordena					
Trabalha em equipe	F, Cm	1	1	2	7,1
Tem envolvimento com a equipe	Cg, F, Cm, E		1	1	3,6
Tem dificuldade de organizar os serviços (uma vez que ele está envolvido em serviços mais burocráticos)	F, Cm	1		1	3,6
Mantém a unidade organizada,(recursos humanos e materiais)	F,	1		1	3,6
Garante o funcionamento do serviço	F		1	1	3,6
Tem alguns empecilhos, tem algumas dificuldades	F	1		1	3,6
Cumpe bem o papel dela apesar da dificuldade	F, Cm	1		1	3,6
Comanda					
Não tem essa habilidade	F,		1	1	3,6
Pouco atuante	Cm	1		1	3,6
Falta autonomia	F,	1		1	3,6
Delega (como negativo)	Cm, E	1		1	3,6
Controla					
Tenta abraçar tudo, manter a gerência e a parte de dispensação de materiais		1		1	3,6
Com dificuldade de agir	Cm	1		1	3,6
Características profissionais					
Extremamente competente, preparadas	Cg, F	2		2	7,1
Não estão envolvidos na questão técnica, de competência,		1		1	3,6
Falta conhecimento técnico (patologias)	Cg, F	1		1	3,6
Deixa passar o lado profissional	E	1		1	3,6
Tem conhecimento técnico	Cg, F	1		1	3,6
Características pessoais Negativas					
Centralizadoras, não socializa	Cm	2		2	7,1
Não participativo, pouco participativo	Cm	2		2	7,1
Pouca comunicação, não conversa, não divulgam e não participam à equipe suas decisões	Cm	2		2	7,1
Faltou entrosamento	Cm	1		1	3,6
"Cada um dentro de sua unidade"	Cm,P	1		1	3,6

Respostas	Componentes da Competência Profissional	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Conclusão	
				Total geral	%
Positivas					
Esforçada, interessada, faz a diferença, disposição, bem intencionada, gosta do trabalho, presente	Cm,F, P	4	1	5	17,9
Dinâmica, atuante, eficiente	Cm,F	3	1	4	14,3
Ser flexível, compreensão, procura saber e entender o que está acontecendo	Cg, Cm,F, P	1	2	3	10,7
Bom relacionamento	Cm,P	1		1	3,6
Responsável	Cm,F	1		1	3,6
Tem escuta	Cm, F	1		1	3,6
Pulso	Cm, F, E, P	1		1	3,6
Característica da função					
Tem seus momentos de glória mas Tem seus momentos de falha	Cm, F, E, P	1		1	3,6
Perfil voltado para gerência	Cg, Cm, F,E, P	1		1	3,6
Quadro efetivo da SMSC	Cm,E, P	1		1	3,6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Para a maioria dos entrevistados, as enfermeiras-gerentes atuais apresentam características individuais positivas, conhecem o processo de trabalho, mas apresentam algumas dificuldades, não especificadas pelos entrevistados. O trabalho do gerente ideal na percepção dos entrevistados contrapõe ao relatado por Jorge *et al.* (2007) que afirmam que os enfermeiros estão despreparados para gerenciar, são inseguros e submissos à estrutura organizacional e estão agarrados a modelos tradicionais ultrapassados. Em contrapartida, Brito (2004) escreve que a posição do enfermeiro-gerente é diferenciada frente à equipe multiprofissional e Greco (2004) sublinha que o enfermeiro na posição de gerente é capaz de enfrentar problemas.

É uma pessoa esforçada, dinâmica, conhece o processo de trabalho [...].
(E23)

Muito bem intencionada, responsável, cumpre bem o papel dela, mas tem essa dificuldade. (E14)

O gerenciamento na profissão da enfermagem é utilizado em seu processo de trabalho há vários anos, quando utiliza modelos administrativos em sua rotina de trabalho de coordenação da equipe de enfermagem, como previsto por Jorge (2004) e reforçado pela observação dos entrevistados

Ela é dinâmica, eficiente, resolve as coisas, não fica mandando, pega e resolve, faz o contato que tem que fazer, tem comprometimento, porque é um trabalho extremamente estressante e pesado. E a parte administrativa dela é muito boa, eu nunca tive problema, meu irmão também nunca teve, ele trabalha aqui também. (E25)

Entretanto, um entrevistado considera que a enfermeira-gerente é uma profissional sem habilidade para gerenciar, corroborando Jorge *et al.* (2007), quando assinala que nem sempre o profissional competente tecnicamente está preparado para exercer o cargo de gestão. Observe-se:

[...] o que a gente vê que o profissional, é um profissional que não tem essa habilidade ele não tem essa visão da importância inclusive da unidade, ou seja, que é um serviço especializado, a gente sabe, porém, o enfermeiro não tá, ou seja, é um enfermeiro generalista que vem assumir o cargo, desconhece o serviço, não dá tanta importância ao serviço, achando que é uma coisa simples e na verdade não é. É uma coisa complexa e que demanda inclusive conhecimento prévio do serviço. (E1)

Tohá e Solari (1997), assim como Selles e Minadeo (2006), afirmam que o setor público tem algumas especificidades que o diferencia do setor privado, fazendo com que o enfermeiro atue de modo diferenciado, fato relatado por um dos entrevistados.

Ele tem que atuar, por ser uma unidade de saúde com a maioria dos cargos efetivos, e assim, sabe a gente sabe que tem diferenças [...] de uma unidade pública e privada [...]. (E4)

Alguns entrevistados observaram que as enfermeiras gerentes são envolvidas no processo de trabalho e existe nelas a vontade de deter conhecimento como ressaltado por Campos (2004), que registram que a função gerencial demanda conhecimento e responsabilidade, ambas amparadas em Paiva (2007) como competências cognitivas, funcionais e éticas.

São todos envolvidos, todos com vontade de ter o conhecimento da parte da gestão. (E28)

Quando perguntados sobre o motivo da diferença entre o enfermeiro-gerente real e o ideal, os relatos dos entrevistados foram bem heterogêneos: alguns acham que a diferença se dá por problemas políticos (10,7%); por uma demanda maior que a capacidade de atendimento, no que diz respeito às características dos processos internos da unidade (10,7%); por faltarem recursos e infraestrutura (humanos, materiais) (10,7%); por questões do contrato de trabalho dos servidores (efetivo-contratado), por falta de perfil devido a concurso público (7,1%). Note-se que essas são características marcantes no serviço público como fatores dificultadores para uma boa gestão, como escrito por André e Ciampone (2007). As demais respostas estão sistematizadas na TAB.5.

Tabela 5 – Diferenças entre o enfermeiro-gerente ideal e o real, na percepção dos entrevistados

Respostas	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Total geral	%
Características do serviço público				
Falta mesmo uma participação e apoio gerencial até mesmo do fluxo (funcionamento).	1		1	3,6
Por ser um serviço público de modo geral	1		1	3,6
Os serviços públicos trabalham com a burocracia	1		1	3,6
Por causa dos entraves a nível superior e da secretaria	1		1	3,6
Interferências nas condutas pela SMSC, FAMUC	1		0	3,6
Processos lentos no serviço público		1	1	3,6
Processos da corregedoria demoram muito		1	1	3,6
Envolvimento da população como fator positivo		1	1	3,6
No serviço público não se escolhe a estrutura em que trabalha, diferente do serviço privado	1		1	3,6
É uma direção geral que tem suas funções estabelecidas pelo decreto e assume isso diante da gestão maior...	1		1	3,6
Não ficou claro para "eles" o que a secretaria quer e como quer trabalhar	1		1	3,6
Características funcionais dos envolvidos				
Questão do contrato de trabalho dos servidores (efetivo-contratado), falta de perfil devido a concurso público	1	2	3	10,7
Falta treinamento do pessoal	1		1	3,6
Falta de capacitação, perfil, entrevista na admissão (falta prática de GP condizente com as políticas)	1		1	3,6
Autonomia (enfermeiro do SUS tem autonomia)		1	1	3,6
Falta de Autonomia (pela falta de autonomia do enfermeiro)	1		1	3,6
Por ser um cargo comissionado, de confiança	1		1	3,6
Saber as leis, acompanhar as leis	1		1	3,6
Por não vivenciar a parte assistencial da unidade	1		1	3,6
Falta RH (servidor)		1	1	3,6
Características pessoais dos envolvidos				
Problemas políticos	3		3	10,7
Fatores relacionados ao humor	1		1	3,6
Centralizadoras	1		1	3,6
Mudança de atores	1		1	3,6
Não é um funcionário efetivo	1		1	3,6
Talvez por ser um cargo de confiança...por ser uma questão muito política	1		1	3,6
Características profissionais dos envolvidos				
Porque tem enfermeiro que só sabe a parte de gerenciamento e perde a parte técnica	1		1	3,6
Falta de perfil do gerente	1		1	3,6
Não consegue fazer a parte da administração por ser enfermeiro	1		1	3,6
O fato de ser enfermeira tem um olhar mais apurado	1		1	3,6
Os problemas da unidade não deixam o enfermeiro gerenciar como deveria	1		1	3,6
O diretor em si deveria trabalhar mais a qualidade da assistência		1	1	3,6
Características dos processos internos				
Demanda maior que a capacidade de atendimento	2	1	3	10,7
Falta recursos e infraestrutura (humanos, materiais)	3		3	10,7
Acomodação com as estruturas precárias*	1		1	3,6
Mais de suporte, de verba, de material de falta de recurso	1		1	3,6
Dificuldade de apoio de recursos	1		1	3,6
Falta de recursos necessários para determinadas ações		1	1	3,6
Fica correndo atrás de problemas elementares		1	1	3,6
Corrige problema na infraestrutura,mas no serviço privado tem o imediatismo	1		1	3,6
Questões culturais	1		1	3,6
Não vejo diferença	1		1	3,6
Não soube responder	1		1	3,6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Administrar recursos físicos (alocação, distribuição, controle) é uma função essencial para o desempenho do gerente (FAYOL, 1990; MINTZBERG, 1986). Essas atividades estão refletidas nas respostas dos entrevistados, quando colocam problemas relacionados a recursos materiais e de infraestrutura, o que vem ao encontro de Sperling (2002) que escreve que os gerentes públicos devem contar com habilidades gerenciais para otimizarem recursos materiais, financeiros e humanos.

Eu acho que é mais de suporte, de verba, de material de falta de recurso mesmo de infraestrutura, para ter melhor, pra ter um ambiente melhor de trabalho. (E25)

Não tem condições de uma policlínica sozinha atender a população de 90 mil pessoas. É uma policlínica, com essa estrutura, com falta de recursos humanos, falta de recursos tecnológicos. (E26)

Ainda não têm conhecimento ou nessa parte de gerência administrativa, acho que é muito difícil essa falta de RH. (E28)

Além dos problemas da unidade de atendimento (recursos humanos, materiais, espaço físico, etc.), o gerente se depara com problemas macroestruturais da assistência à saúde, as demandas advindas da atual política de saúde do SUS, que trazem uma sobrecarga para o serviço, como superlotação de pacientes. Como descrito por Selles e Minadeo (2006), Tohá e Solari (1997) e Junquillo (2000), a gestão pública de saúde tem particularidades e complexidades:

[...] só que a gente tem demanda maior que a capacidade de atendimento, a gente tem problemas com falta de servidor que estão lotados na unidade com interesse comum de estar vindo com o objetivo de fazer um bom atendimento de qualificar o atendimento. Então eu acho que essas coisas fazem a gente sair um pouco do nosso objetivo geral, acho que é um dificultador para a gente conseguir manter o foco. (E16)

A falta de autonomia do enfermeiro-gerente nas UAI's são iguais ou parecidas às das UBS como relatado por André e Ciampone (2007), fato que corrobora Davel e Melo (2005) que argumentam que o gestor, na organização, não tem acesso a estruturas de decisão, de poder e de planejamento, denotando descompasso com a competência política do modelo analítico adotado (PAIVA, 2007), como observado em relatos como o abaixo:

Acho que a questão política influencia muito. Às vezes o gerente tem a sua opinião, ele tem uma conduta, mas a FAMUC, a SMSC [...] obriga a pessoa a ter outra conduta da Secretaria, porque o gerente também é subordinado a alguém e esse alguém o faz agir diferente. (E15)

As gerentes-enfermeiras desta pesquisa em sua maioria são de cargos comissionados, ou seja, não são funcionários efetivos da Secretaria Municipal de Saúde. Segundo André e Ciampone (2007), por esse motivo o gerente sofre limitações práticas, financeiras e legais. Observe também que o cargo comissionado referido parece ter influenciado na gestão dessas diretoras.

Eu não sei se é questão deste cargo de gerência, um cargo comissionado, um cargo, vamos chamar assim, de confiança, eu acho que isso tem interferência. Principalmente deu para notar muito isso. (E12)

Aprofundando nas características de um enfermeiro-gerente competente, os entrevistados acham que são: saber administrar (planejar, implantar, delegar, cobrar, avaliar) (32,1%); flexibilidade, saber negociar, saber dialogar, saber intermediar relações, compreensão (32,1%); trabalhar em equipe (28,6%); saber ouvir, ter boa escuta (25%); ser bom profissional, ter habilidades, capacitação (25%). Assim, as principais características remetem ao planejar e coordenar, além de características funcionais e profissionais.

Tabela 6 – Características de um enfermeiro-gerente competente, de um modo geral, na percepção dos entrevistados

Respostas	Componentes da Competência Profissional	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Total geral	%
Planeja					
Saber administrar (planejar, implantar, delegar, cobrar, avaliar)	Cg, F, Cm, Cm, E, P	8	1	9	32,1
Saber ouvir, boa escuta	Cg, F, P	5	2	7	25,0
Ter visão ampla	Cg, F, P	1		1	3,6
Conhecer o município e o seu projeto político	Cg, P	1		1	3,6
Organiza					
Ter organização	F,	3		3	10,7
Ser dinâmico, colocar os planos em ação, ser atuante	F, Cm, P	3		3	10,7
Ter resolubilidade, eficiência, honestidade, comprometimento	F,	1		1	3,6
Ter contatos		1		1	3,6
Saber atribuir os valores das coisas	F, Cm, E, P		1	1	3,6
Coordena					
Flexibilidade, saber negociar, saber dialogar, saber intermediar relações, compreensão	Cg, F, Cm, E, P	6	3	9	32,1
Trabalhar em equipe	Cm, E, P	6	2	8	28,6
Boa convivência, ser parceiro dos funcionários, ser participativo	Cm, E, P	3		3	10,7
Ter bom relacionamento com os funcionários, ser amigo	Cm, E, P	2		2	7,1
Ser democrático		1		1	3,6
Comanda					
Autonomia	Cm, E, P	2		2	7,1
Controla					
Ser duro nas decisões, mais rígido, firme, pulso firme	Cm, E	2	1	3	10,7
Características funcionais					
Que tenha disponibilidade, horário integral, presente, dedicado, comprometido, assíduo	Cm,	4	3	7	25,0
Que cumpra as exigências da secretaria	Cg, Cm, F, E, P	1		1	3,6
Ter apoio dos superiores	P	1		1	3,6
"Não é fácil, não deve ser fácil"	Cg, Cm, F, E, P	1		1	3,6
Características profissionais					
Ser bom profissional, ter habilidades, capacitação,	Cg, Cm	5	2	7	25,0
Respaldo e conhecimento técnico	Cg, Cm	5		5	17,9
Que tenha conhecimento (geral)	Cg, Cm	2	1	3	10,7
Ser enfermeiro e ser bom enfermeiro (como ele vai ensinar, administrar se não sabe)	Cg, Cm	2		2	7,1
Conhecimento jurídico	Cg, Cm	2		2	7,1
Ter conhecimento de causa, do motivo pelo qual está ali	Cg, Cm	1		1	3,6
Ter conhecimento em gestão	Cg, Cm		1	2	3,6
Que associe conhecimento com teoria	Cg, Cm	1		1	3,6
Características individuais					
Ser líder	Cm, F	2	2	4	14,3
Ter postura (não confundir amizade..)	Cm, E,	1		1	3,6
Ser bonzinho	Cm	1	1	2	7,1
Ser honesto	Cm	1	1	2	7,1
Ser responsável	Cm, E	1	1	2	7,1
Ter equilíbrio	Cm,	1		1	3,6
Ser tolerante	Cm		1	1	3,6
Ter perfil	Cm, F,	1		1	3,6
Ter aparência	Cm				

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Quando perguntado aos entrevistados sobre as características de um enfermeiro-gerente competente, destacaram: a capacidade do indivíduo de ter iniciativa, dominar as situações e ser responsável e reconhecido, conforme referenciado por Zarifian (2001) e Fleury e Fleury (2001) e incluído no modelo analítico adotado (PAIVA, 2007).

Organização, planejamento, reconhecimento, envolvido mesmo com o trabalho, com a unidade. (E3)

A escuta é uma das ferramentas que o gerente pode utilizar na gestão dos problemas e soluções de maneira mais adequada à realidade, porque envolve o conhecimento dos participantes e permite que eles contribuam com a gestão de modo participativo, conforme mencionam Barnard (1971), Zarifian (2001), Fleury e Fleury (2001) e Boter (1995). Segundo Quinn *et al.* (2003), a escuta talvez seja a mais importante habilidade associada à comunicação. Essa ferramenta da comunicação foi pontuada pelos entrevistados e corrobora os referidos autores.

Saber ouvir a opinião de quem tá vivenciando o problema a sugestão da resolutividade deste problema... sei lá saber administrar, não adianta ouvir e não saber gerir o que você está ouvindo, administrar o que você está ouvindo, aplicar o que você está ouvindo. (E6)

Foi destacado, nas opiniões dos entrevistados, que é necessário o domínio da técnica e capacitação profissional para ocupar o cargo de gerente da equipe, além da importância da personalidade do gestor. Nesse aspecto, Selles e Minadeo (2006) escreveram que os profissionais de saúde durante a sua formação acadêmica são treinados para atuarem exclusivamente na área técnica e mesmo esforçando-se com dedicação não significa necessariamente que darão respostas consistentes aos usuários do serviço de saúde. Em sentido semelhante, Paiva (2007) esclarece que a competência profissional é influenciada pela personalidade e pela função que o sujeito ocupa na organização.

Ser técnico, e acima de tudo ser enfermeiro, ele tem que ter a técnica de enfermeiro e ser capacitado para gerenciar. Ele tem que ter trabalho em equipe, porque se não tiver trabalho em equipe, se ele for um gerente autoritário ele não vai ter sucesso, ele tem que ter que ter uma boa convivência com todos os funcionários, desde o porteiro, da limpeza, da cozinha, da copa, até o médico, especialista que tiver, qualquer um tem que ter habilidade para lidar com a equipe toda. Quem é autoritário, quem acha quem só ele sabe por que é o gerente, não é competente. (E7)

A competência profissional foi definida por Zarafian (2001) como uma combinação de saber-fazer, ou seja, de comportamentos que se exercem em um determinado contexto, fato comentado e acrescido da questão da comunicação, assim como assinala o entrevistado no trecho abaixo:

Além de conhecer a técnica toda da assistência, conhecer o trabalho dele e da equipe que está com ele, do técnico de enfermagem, do que se espera do médico da cirurgia, da pediatria, da sala de urgência do serviço social, do apoio que ele tiver, dentro da unidade, ele tem que ter um domínio da questão técnico de cada área. Ele também tem que ter uma boa escuta, aquilo que eu falei no início, "baixar a guarda", estar disponível a ouvir, a pedir sugestão, chamar as pessoas para gerir junto com ele, não é trabalhar sozinho. (E18)

No entanto, quando perguntados se a sua diretora, a enfermeira-gerente, é competente, as respostas se homogeneizaram em torno de falhas de praticidade, de escuta, de participação, de avaliação, mas com "boa" gestão e em evolução, conforme se pode visualizar na TAB. 7, indicando que o processo de reflexão na e sobre a ação, conforme o modelo analítico adotado (PAIVA, 2007), é permanente e tem colaborado para o desenvolvimento das competências profissionais das enfermeiras-gerentes abordadas. Note-se, também, a preponderância de características pessoais e administrativas nas respostas dos entrevistados.

Tabela 7 – Considerações dos entrevistados acerca da competência dos enfermeiros gerentes, nas UAI's

Respostas	Componentes da Competência Profissional	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Total geral	%
Características individuais					
Estão evoluindo, tendências a melhora	Cm	3	1	4	14,3
Acham que não têm boa vontade	Cm	1		1	3,6
Comprometimento	F, Cm, E	1		1	3,6
Resolubilidade, honestidade,	F, Cm, E	1		1	3,6
"Pouco dinamismo"	Cm	1		1	3,6
Características Administrativas					
Não são 100%, mas tem gestão boa	Cg, F, Cm, E, P	3	1	4	14,3
Procura articular, negociar, eficiência	Cg, F, Cm, E	1	1	2	7,1
Tranquilas de lidar e discutir	Cg, F, Cm, E	1	1	2	7,1
Ouvem, participam, dedicação	Cm,	1	1	2	7,1
Não soube responder		2		2	7,1
Solidão do gerente	Cm,	1		1	3,6
Acomodou, não usou a liderança, não usou a democracia	Cm, E, P	1		1	3,6
Dificuldade da gestão devido à falta de recursos	F,	1		1	3,6
Tem controle da situação	Cm, P	1		1	3,6
Características funcionais					
Difícil de avaliar	Cg, F, Cm, E, P	3		3	10,7
Não é fácil	Cg, F, Cm, E, P	1		1	3,6
Não tem uma história no município,	Cm, P	1		1	3,6
Falta compromisso com aquela gestão,	Cm	1		1	3,6
Processo de seleção	Cg, F	1		1	3,6
Características profissionais					
Falta competência	Cg, F, Cm, E, P	2		2	7,1
Tem pouca praticidade, não faz uso do saber	Cg,F,	2		2	7,1
Falta curso de gestão, administração	Cg,F,	1	1	2	7,1
Somente especialização em urgência (técnico), eles são técnicos	Cg, F,	1	1	2	7,1
Faltam habilidades	Cg, F,	1	1		3,6
Falta conhecimento (geral)	Cg, F,	1		1	3,6
Falta treinamento,	Cg,F,	1		1	3,6
Aprendeu na prática	Cg, F,		1	1	3,6
Busca conhecimento, busca informação	Cg, F,	1		1	3,6
Sim , amadurecimento político	Cg, F, P	1		1	3,6
Falta conhecimento do projeto político	Cm, P	1		1	3,6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Em suas respostas, os entrevistados pontuaram a experiência profissional do profissional enfermeiro como importante para se ocupar o cargo de gerência, o que vem corroborar vários autores, como: Zarifiam (2001), Fleury e Fleury (2001), Barbosa e Rodrigues (2005), Quin et al. (2003) e Aguiar (2005), dentre outros.

A vivência, [...] que um profissional enfermeiro já viveu faz a diferença num cargo de gerência. (E19)

A maioria acha que as enfermeiras gerentes são “boas” no cargo de gestão e vêm melhorando, corroborando Brito (2004):

Então eu acho que essa é uma gestão boa que tem tendências a melhorar. (E10)

O poder parece ser um “mal necessário” nas organizações, sendo costumeiramente definido como a capacidade de produzir, de mobilizar pessoas e recursos para que as coisas sejam feitas. O poder pode ser bom ou ruim, ou melhor, seu uso pode ser moral ou imoral, sendo fruto de modos de pensar, motivos e decisões (QUINN *et al.*, 2003). O poder do cargo é vinculado ao papel formal da organização que é influenciado pela fonte de poder pessoal e outros (QUINN *et al.*, 2003). Para McClelland (1987), o poder traz, como consequência para o gestor, a solidão, o que também foi observado por um entrevistado

O que eu acho que as gerências em Contagem são muito solitárias. Com o poder só de você falar, ele carrega uma carga muito pesada, muito grande. Eu acho que falta o próprio gerente descobrir que tem outra maneira de fazer isso! Que não vai diminuir poder, dividir poder com as pessoas que estão com ele, o que está passando, conversar, diálogo nunca é demais. (E28)

Esse isolamento talvez seja consequência da dificuldade do gerente em dividir informações. Criar influências junto aos colegas requer tempo, confiança e paciência (QUINN *et al.*, 2003) e as diretoras, as enfermeiras-gerentes deste estudo, não tiveram esse tempo para desenvolverem essas relações, comprometendo a competência profissional de modo geral e seus componentes ético e político, especificamente.

Sobre os processos de formação e desenvolvimento de competência dos

enfermeiros gerentes, foram mencionados pelos entrevistados: buscar informação, capacitações, se aprimorar, fazer novos cursos, curso de formação, apropriando-se do conhecimento (25%); procurar levantar os problemas e tentar resolver, solucionando (17,9%); boa iniciativa, convívio bom, entusiasmo (14,3%); ouve, escuta queixas (14,3%). Observa-se que, em sua maioria, os entrevistados responderam que os enfermeiros gerentes utilizam esforços individuais para o desenvolvimento de competência, indicando fragilidades institucionais nesse sentido.

Tabela 8 – Processos de formação e desenvolvimento de competências dos enfermeiros gerentes, na percepção dos entrevistados

Respostas	Componentes da Competência Profissional	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Total geral	%
Esforços individuais					
Buscar informação, capacitações, se aprimorar, fazer novos cursos, curso de formação, se apropriando do conhecimento	Cg,F,	6	1	7	25,0
Habilidade de conversar, comunicação, conversar com os setores, estar mais próximo dos servidores, dialogar com a rede	Cg, Cm, F, E, P	5		5	17,9
Procura, levanta os problemas e tenta resolver, solucionando	Cg, F, Cm, E, P	3	2	5	17,9
Boa iniciativa, convívio bom, entusiasmo	Cm, E, P	2	2	4	14,3
Ouve, escuta queixas	Cg, Cm, F, P	3	1	4	14,3
Diagnóstico situacional, fazer um estudo, conhecer, fazer ações de curto prazo, propor soluções,	Cg, Cm, F, E, P	1	2	3	10,7
Empenham-se, correm atrás para funcionar, vai atrás do Secretário e da Prefeita, compartilha os problemas com a Secretaria de Saúde	Cg,Cm, F, E, P	2	1	3	10,7
Responsabilidade, dedicação	Cm, E	2	1	3	10,7
Usar a liderança	Cm, F, E, P	1	1	2	7,1
Observar	Cg, F		1	1	3,6
Uso da flexibilidade, entender as pessoas	Cm, E, P	1		1	3,6
Cumprindo com a parte técnica	Cg, F	1		1	3,6
Usar competência		1		1	3,6
"Honesta com a profissão que ela escolheu"	Cm, E, P	1		1	3,6
Habilidades de gerente	Cg, Cm, F, E, P	1		1	3,6
Estar integrada na unidade de saúde,	Cm,P		1	1	3,6
Esforços coletivos					
Trabalha em equipe, estabelece espírito em equipe	Cm, E, P	2	1	3	10,7
Esforços organizacionais					
Não sei		3		3	10,7
Discutir os problemas	Cg, Cm, F,		2	2	7,1
Fazer reuniões	Cg,Cm, F, E, P	1	1	2	7,1
Formação de oficinas	Cg, Cm, F,	1		1	3,6
Não é fácil	Cg, Cm, F, E, P	1		1	3,6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Observa-se que as enfermeiras-gerentes desta pesquisa, como também descrito por Junquilha (2000), sobre o perfil dos gerentes públicos, têm como características gerais básicas serem autodidatas em sua formação gerencial. Só após assumirem o cargo, as diretoras sentiram a necessidade de se qualificarem na área de gestão, o que corrobora Vieira e Luz (2005) quando afirmam que, na lógica da competência, o próprio trabalhador passa a gerar as condições de emprego, promoções e de carreira, ou seja, de gerenciar sua competência profissional. Do mesmo modo, isso também reforça o caráter individualizante dessa lógica, conforme afirma Paiva (2007).

Aqui o respaldo não tem muito não! Mas eles procuram por conta própria, se aprimorar, fazer novos cursos, tentam dialogar com a rede. Eu vejo assim, eu vejo os esforços, eu não tenho muito tempo para observar estes esforços não. (E10)

Um entrevistado acha que conhecer a técnica, conhecer e entender o funcionamento da unidade e seu ambiente são importantes na formação da competência do enfermeiro-gerente, idéia compartilhada por autores como Fleury e Fleury (2001) e Zarifian (2001).

Eu acho que além de conhecer a técnica ele tem conhecer equipamentos, conhecer todo o funcionamento da saúde. (E18)

Além do conhecimento formal, relacionado ao diploma, e a competência também se baseia em ferramentas da comunicação (a escuta, a busca de informação, a discussão dos problemas), como relatado por um entrevistado. A comunicação é amplamente discutida como sendo um forte instrumento indispensável na gestão. “o processo de comunicação pode ser utilizado para informar, coordenar e motivar as pessoas” (QUINN *et al.*, 2003), inclusive o próprio gestor que se faz ouvir e, também, obedecer, constituindo-se, desse modo, um instrumento de poder. Assim, o processo comunicativo pode também ser avaliado por meio da componente política, além das outras, ou seja, cognitiva, funcional, comportamental e ética (PAIVA, 2007).

[...] buscar informação [...] tá mais próximo inclusive dá [...] dos servidores pra ficar sabendo o que ta acontecendo, ta discutindo os problemas, inclusive, com servidores, porque eu acho que é através deles, inclusive, que muitos problemas são sanados,ta mais próximo da comunidade que tem algum problema em relação a algum serviço da UAI, agente procura ir lá conversar e orientar e resolver o problema. (E1)

O resultado da comunicação é mais amplo: o enfermeiro-gerente faz o levantamento da situação, integra-se à unidade, agindo e mobilizando recursos, como antevisto por Zarifian (2001) e Motta (1991).

Como serviço eu procuro tá integrada à unidade mesmo, fazer reunião com equipe eu acho muito importante, discutir levantar os problemas, propor soluções. Agora a gente tá na fase de levantar diagnóstico situacional que não tinha antes. Primeira coisa que eu coloquei os meus pés aqui é tentar fazer o diagnóstico, porque com ele a gente pode começar a propor as soluções e [...]. a questões do convívio mesmo com a equipe de modo geral, o convívio tem que ser muito bom, tem que ser aberto mesmo. (E4)

Tais processos não se dão de forma fluida. Dentre as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros gerentes para desenvolver competências, foram relatadas pelos entrevistados: a falta de recursos (21,43% deles); a permanência de funcionários efetivos - acomodação, processo de advertência dificultado - (10,71%); montagem da escala de funcionários, com divisões de carga horária (10,71%); existência de cargo comissionado, de confiança na SMSC (7,14%), dentre outras, conforme resumido na TAB. 9.

Tabela 9 – Dificuldades do enfermeiro-gerente para formar e desenvolver suas competências, na percepção dos entrevistados

Respostas	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Total geral	%
Relacionadas ao individual				
Questão da solidão	1		1	3,6
Centralizadores	1		1	3,6
Não conhecer o território		1	1	3,6
Medo de expor	1		1	3,6
Falta de conhecimento teórico		1	1	3,6
Falta envolvimento, de conhecer onde você está	1		1	3,6
Lidar com os funcionários		1	1	3,6
Habilidade de lidar com o público	1		1	3,6
Não compartilhar - não contribuir para amenizar problemas	1		1	3,6
Relacionadas ao social				
Dificuldade política	2		2	7,1
Cargo comissionado, de confiança com dificultador de enfrentar a SMSC	1		1	3,6
Relacionadas ao coletivo				
Falta muita parceria	1		1	3,6
Só recebe crítica		1	1	3,6
É difícil agradar gregos e troianos		1	1	3,6
Relacionadas ao organizacional				
Solidão da profissão	1		1	3,6
Rotinização do trabalho	1		1	3,6
Falta de recursos (RH, materiais, técnicos)	6		6	21,4
Dificuldade de entendimento com a rede (limitações)	1		1	3,6
Escala de funcionários, carga horária	3		3	10,7
Funcionários serem efetivos (acomodação - processo de advertência dificultado)	2	1	3	10,7
Estatuto do servidor	1		1	3,57
Dificuldades da saúde em geral, problema da estrutura (geral), falta de estrutura	3		3	10,7
demanda grande, fluxo grande (de pacientes na unidade de urgência)	3		3	10,7
Encaminhar paciente dentro da rede	1		1	3,6
Volume de trabalho	1		1	3,6
Tempo, tempo restrito, falta tempo para planejar		2	2	7,1
Submissão, subordinação, cobranças (que não tem poder de solucionar, eles são vítimas, estão de mãos atadas)	3		3	10,7
Ser muito novo, recente no serviço		1	1	3,6
Ter uma boa articulação política	1		1	3,6
Dificuldade do cargo (cargo de confiança, pessoas que não conhecem o município e seus projetos políticos da assistência, da educação, da habitação)	2			7,1
Falta estímulo da secretaria	1		1	3,6
Sem resposta	1		1	3,6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

A falta, a dificuldade em adquirir e a carência de recursos (humanos, materiais) são dificuldades apontadas pelos entrevistados para o trabalho de gerência, também citadas por Tohá e Solari (1997) quando descrevem sobre o papel do gerente público. Segundo os entrevistados, as incompetências dos enfermeiros-gerentes estão atreladas à tal limitação:

Pessoais eu não sei, só ela pode falar. As dificuldades daqui da gerência é recurso mesmo, material, técnico, sempre falta verba. (E25)

Um entrevistado indicou, ainda, a sobrecarga de trabalho dentro da UAI e a jornada dupla de trabalho (algumas das gerentes têm dois empregos) como obstáculo do profissional na busca de suas competências. Para Quinn *et al.* (2003), as competências relacionadas à autogestão são consideradas essenciais para desenvolvimento das competências no papel de mentor do gerente. Nesse sentido, observem-se os seguintes relatos:

Fica um pouco difícil, trabalhar em dois lugares e ainda estudar. Como você consegue fazer uma pós-graduação com uma sobrecarga de trabalho? (E28)

Eu vejo na maioria das vezes, até pelo volume de trabalho a gente vê poucos profissionais buscando essa formação, e a partir daí, já que ela não tem a formação, a tendência é entrar numa rotina de trabalho e ter essa dificuldade de enxergar novas possibilidades, novas formas de fazer gestão. (E20)

Note-se, ainda, a importância da componente política incorporada por Paiva (2007) no modelo de competência profissional de Cheetham e Chivers (1998). Vários relatos nesse sentido foram explicitados pelos entrevistados, denotando inaptidão dos gestores ao lidar com os jogos políticos em diversas instâncias, conforme o relato abaixo ilustra:

São cargos de confiança, aí, o que acontece: não são estáveis aqui, não por eles, muitas das vezes, porque eu vejo, pelo pouco que eu entendo de política, o pouco que eu estudei política, na nossa formação com a história do Brasil, desde o início do descobrimento do Brasil colônia até hoje, o jogo político é assim: se não está me servindo, eu corto a cabeça daquela pessoa tão correta naquele serviço... está tão correta, está administrando bem, está indo, mas por questões políticas não está mais ali. Então, eu vejo que deveria ser concursado mesmo, que deveria ser pessoas que tivessem voz, que não fosse um cargo tão político. Eu vejo, particularmente, como cargo político. Essa gestão que a gente está tendo agora é uma gestão boa, mas não deveria ser tão político. (E10)

Note-se, ainda, que a componente política da competência das diretoras, enfermeiras-gerentes, pode se estender a espaços mais amplos que a própria UAI, como foi o caso relatado pelo seguinte entrevistado:

Vamos citar aí o problema de médicos. A dificuldade em termo de escala, por exemplo, a demanda da unidade é para dois, então eram dois então se esse um falta, ou pega atestado ou alguma coisa assim. Eram necessários

três, mas a demanda da unidade é para dois, então a dificuldade dela foi: como conseguir colocar três clínicos aqui? Provando para a prefeita que a imagem da unidade vai refletir nela, então ela correu atrás e conseguiu. (E7)

Um entrevistado refere-se ao envolvimento com o trabalho como condição de competência, conforme enunciado por alguns autores como Quinn *et al.* (2003) e Sarsur, Nunes e Bandeira (1998), os quais destacam que o gerente deverá estimular os esforços coletivos, desenvolver coesão, trabalho em equipe e também administrar conflitos interpessoais, infundindo seus valores pessoais e profissionais em toda a organização, com vistas ao atingimento de seus objetivos.

É a falta do envolvimento, do conhecer onde você está, conhecer onde você está gerindo, é conhecer também se existe uma história por trás de cada usuário que vem aqui. (E17)

Como já relatado, a gerência intermediária é uma posição cheia de “dilemas a serem resolvidos” (DAVEL; MELO, 2005). No setor público, esse fato parece mais acentuado, já que o gerente depende das regulamentações formais e fica restrito a esses planos, como sublinham André e Ciampone (2007). Porém autores como Brito (2004) pontuam que esse cargo, quando assumido por enfermeiros, confere a ele maior espaço de decisão e autonomia, o que não é percebido pelos entrevistados que relatam a solidão do enfermeiro-gerente e a falta de autonomia como obstáculo para a competência desse profissional.

A questão da solidão de trabalhar sozinho, de ser muito submisso, de sempre aceitar essa submissão, de chegar assim “eu só vou à secretaria se for chamado”. Então eu só tenho reunião,... então assim esse receio de se expor, do receio de que estão falando de mim, então este medo de como me veem. (E18)

Quanto à colaboração da Secretaria Municipal de Saúde para a formação dos enfermeiros-gerentes, os entrevistados responderam positivamente, já que a instituição desenvolve programas nesse sentido, a saber: fazendo oficinas, capacitações, melhorando na qualificação técnica, cursos de pós-graduações (planejamento estratégico da saúde) (32,1%); por outro lado, outros acham que ela não contribui ou contribui pouco, além de falhar em recursos e em dar subsídio para a saúde (21,4%). Observem-se as respostas organizadas na TAB. 10 a esse respeito:

Tabela 10 – A contribuição da Secretaria Municipal de Saúde para a formação e o desenvolvimento das competências dos enfermeiros gerentes das UAI's, na percepção dos entrevistados

Respostas	Total Grupo Controle	Total Grupo observado	Total geral	%
Fazendo oficinas, capacitações, melhorando na qualificação técnica, cursos de pós-graduações (planejamento estratégico da saúde)	8	1	9	32,1
Acham que não contribui ou contribui pouco, falha em recursos e em dar subsídio pra saúde	6		6	21,4
Não souberam responder	4		4	14,3
São receptivos, secretaria ampara através de seus órgãos RH, DP, DDH (Regularização do pagamento)	1	3	4	14,3
Só existe cobrança	2		2	7,1
Investiu na educação mas não cobrou, retorno lento	2		2	7,1
Fica dependendo da estrutura de BH	1		1	3,6
Melhora da parte física (reforma)	1		1	3,6
Contribui de forma pontual		1	1	3,6
Poderia estar ajudando nos remanejamentos com outras unidades	1		1	3,6
A SMSC é muito preocupada em dar suporte aos gerentes		1	1	3,6
Buscando diretores e gerentes na rede (servidores)	1		1	3,6
A Secretaria tem feito tudo aquilo que está dentro das possibilidades	1		1	3,6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Para a formação e o desenvolvimento das competências das enfermeiras-gerentes das UAI's, os entrevistados relataram que a possibilidade de advertência aos servidores de Contagem, que antes não existia, é uma contribuição da SMSC para o desenvolvimento de competência das diretoras. Essa dificuldade de contratar e demitir servidores foi exposta por Andre e Ciampone (2007), quando relatam sobre a falta de autonomia dos gestores de UBS, fato semelhante ao encontrado nas UAI's abordadas, decorrente da natureza pública da instituição.

Contribui, ela contribui mesmo porque é igual vou citar um exemplo, eu tenho um grupo de faltosos que eles não trabalhavam final de semana, não avisavam faltas, e a partir do momento que eu comecei a cobrar e a notificar, sempre encaminhei para corregedoria aí agora eles mandam respostas. (E4)

[...] Mesmo antes da criação dessas oficinas eu particularmente, me senti muito amparada porque existem setores na secretaria, que sempre que era preciso da gente buscar a secretaria para facilitar na gestão, o RH, o DP, a própria DDH, sempre houve uma porta aberta e que a gente pudesse trazer ela para a unidade, principalmente quando eu te falei gerenciamento dos servidores de RH. (E16)

Os cursos oferecidos pela SMSC ligados à área de gerenciamento foram apontados

como importantes no desenvolvimento das competências das enfermeiras-gerentes, porém, como também percebido pela OPAS (2003), eles apresentam uma fragmentação, tendo como consequência uma não assimilação do conteúdo aprendido na prática do gestor, fato que denota questões estruturais que carecem de avaliação mais ampla.

Sim, eu mesmo tive a oportunidade de fazer um curso de planejamento em gestão estratégica em saúde, já foram oferecidos outros cursos de formação técnica gerencial para os profissionais, então pela própria oferta de cursos a gente percebe interesse na formação desses profissionais, por outro lado o que a gente percebe também que após os cursos serem ministrados há talvez, houvesse uma necessidade de manter uma atualização desses profissionais, já que nem todos os que fizeram o curso estão em cargo de gerência ou mesmo atuando mesmo na própria intuição, prefeitura. (E20)

A falta de política de valorização dos recursos humanos foi ressaltada por um entrevistado. Os enfermeiros gerentes que fizeram curso de gestão patrocinados pela SMSC não foram devidamente valorizados levando esses profissionais a procurar outras instituições para desenvolverem seus trabalhos ou se ausentarem do cargo de gerência nesse momento, reforçando a observação da OPAS (2003).

Como eu disse anteriormente, capacitando essas pessoas, só que eles deram um curso de capacitação de educação continuada no Instituto de Educação Continuada, IEC, e essas pessoas não permaneceram no município, ainda alguns efetivos ficaram, outros não, tiveram ofertas melhores, você capacita, te dou um curso de capacitação, se você encontra uma oferta maior, aí essas pessoas esvaziam o município. (E21)

Observe-se que, na opinião dos entrevistados, os cursos oferecidos pela SMSC não são divulgados, indicando problemas comunicacionais, mais uma vez. Muitos deles desconhecem a contribuição da SMSC no aperfeiçoamento desses gestores. Nesse ponto, convém lembrar que, em concordância com Quinn *et al.* (2003), o êxito do gerente depende de velocidade e agilidade nos processos de informação.

Eu acho que não, a secretaria não se importa muito com isso não, pelo que a gente vê. (E2)

Eu acho muito pouco, a saúde em Contagem é muito debilitada, demais, mas, por exemplo, eu sei que é difícil você gerenciar uma unidade, de uma forma excepcional sendo que você tem pouco recurso, eu acho que a prefeitura de Contagem ajuda muito pouco, muito pouco [...]. (E19)

Na opinião dos entrevistados, os enfermeiros gerentes se veem numa perspectiva negativista, caracterizada por estarem: atolados, sobrecarregados (21,4%); frustrados (21,4%); envolvidos (17,9%); e valorizados, como uma peça importante,

fundamental e de referência (14,3%) para execução do serviço. Assim, o “ser enfermeiro” possui características específicas (mais negativas que positivas) nas unidades abordadas, conforme se pode visualizar na TAB. 11, que resume as percepções dos entrevistados a esse respeito.

Tabela 11 – Como as enfermeiras-gerentes se vêem, na percepção dos entrevistados

Respostas	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Total geral	%
Negativas				
Atolados, sobrecarregado, bombardeada	6		6	21,4
Desestimulada, desmotivada, frustrada	5	1	6	21,4
Cansada, esgotada	4	1	5	17,9
Incapazes, impedidas de fazer o trabalho	3		3	10,7
Abandonadas, perdidas	3		3	10,7
Desvalorizada, mal paga	1		1	3,6
Acéfalos	1		1	3,6
Não recorrem a níveis superiores	1		1	3,6
Preocupada com o relacionamento com o médico		1	1	3,6
Cumprindo ordens	1		1	3,6
Julgadas	1		1	3,6
Tem perfil macro da situação		1	1	3,6
Sozinha	1		1	3,6
Estão aqui por dinheiro (interesse financeiro)	1		1	3,6
Veem-se como enfermeiro e não como gerente	1		1	3,6
Infeliz	1		1	3,6
Tem dificuldade de responder devido a relacionamento	1		1	3,6
Positivas				
Esforçada, empenhada, envolvida	4	1	5	17,9
Valorizada, uma peça importante, fundamental, como referência	2	2	4	14,3
Competente, capaz, com potencial	2	1	3	10,7
Tentando equilibrar	2		2	7,1
Início empolgado	2		2	7,1
Sentem-se parte da equipe		1	1	3,6
Gosta da função		1	1	3,6
Disponível		1	1	3,6
Acolhida		1	1	3,6
Tem a noção do que é ser gerente	1		1	3,6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

A frustração no trabalho das enfermeiras-gerentes parece se dever ao fato da falta de valor percebido do seu trabalho, o que vem ao encontro do observado por autores como Paiva (2007) e Quinn et al. (2003), pois ambos consideram que a competência profissional está diretamente relacionada com a motivação do sujeito, a qual está conectada com a realização, o reconhecimento, a responsabilidade, o progresso, o crescimento e o reconhecimento pelo trabalho realizado. Nesse

sentido, Paiva (2007) acrescenta que a personalidade e a motivação influenciam suas decisões pessoais, sendo ambas consideradas no modelo de competência profissional adotado nesta pesquisa.

Eu me vejo assim, tem hora que eu me vejo frustrada, mesmo em relação a meu trabalho, porque você se mata, você se cansa de fazer e você só recebe crítica! As pessoas não param poxa para te dar um elogio pra ver o que a gente faz. (E4)

Eu acho que eles se veem sobrecarregados. O que eu percebo nos dois é que são competentes, têm força de vontade, correm atrás, os atuais, correm atrás, mas ficam sobrecarregados. (E7)

É [...] eu acho que eles se veem assim, sobrecarregados! E às vezes, não conseguem resolver aquilo que chegam para eles estarem resolvendo, acho que até mesmo dessa sobrecarga do serviço, não só da demanda de pacientes, mas com outras questões administrativas daqui do serviço. (E9)
às vezes,...não sei se a palavra certa é essa, desmotivados, pela situação toda que acaba ocorrendo, muita coisa, pouco retorno, mas assim empenhados.[...]. (E3)

O caminho trilhado pelos gerentes até chegarem a um perfil eficaz, conforme delineado por Quinn *et al.* (2003) e Hill (1992), passam por estágios. Um entrevistado discorda dessa idéia: segundo ele, à medida que estes gerentes ficam na instituição ele se veem incapazes de administrar, conforme relato abaixo:

A impressão que eu tenho é que nos primeiros meses eles dão conta, depois eles se vêm como incapazes. (E10)

Para um entrevistado, o cargo de chefia traz uma certa valorização profissional ao enfermeiro, relacionada a *status* e poder e, como consequência, ele é aceito pela sua equipe. Isso contraria Motta (1991), para o qual o gerente possui *status* duvidoso, pois seu poder e sua autoridade dependem de injunções contínuas e de informações obtidas de vários modos. Assim, ele tem que negociar questões diversas, permanece tenso e nervoso, sem certeza quanto aos resultados de suas decisões.

Eles têm a noção de o que é ser um diretor da unidade, vem a importância disso, ser o diretor, de ser a chefia imediata, até do médico,” que é o maior e tal “, e que eles se sentem parte da equipe, eu não que eles se sentem” sou o chefe e pronto não”, acho que eles se sentem parte da equipe [...] Eles se sentem valorizados pelos profissionais que são, todos a grande maioria, 90% se sentem integrantes da equipe, fazendo um trabalho em comum. (E28)

Por outro lado, e conforme retratado por Selles e Minadeo (2006), Neto *et al.* (2001)

e Bocchi e Favero (1996), o profissional enfermeiro, desde a década de 40, tem exercido o cargo de gerência dos serviços de enfermagem, principalmente hospitalares. Isso indica um percurso histórico diferenciado desse profissional que tem assumido cargos de gerências administrativas em várias instituições de saúde. Em conformidade como os autores acima, um entrevistado afirma que a formação profissional do enfermeiro o qualifica na realização do cargo diretor/enfermeiro-gerente.

Acho que eles conseguem ter essa percepção de tudo, talvez até ache que pela formação que o profissional enfermeiro lhe dá mais essa integralidade, isso, às vezes, seja suficiente para fazer a gestão mas na prática, só o conhecimento desse processo do todo não permite o profissional fazer uma gestão de processo total, então assim, eu acredito que apesar deles se veem nessa posição de ter esse potencial de ter essa capacidade, existem momentos que a formação também, a formação administrativa, ela vai interferir nesse processo de gestão. (E20)

Apenas uma entrevistada acha que o enfermeiro assume o cargo da gerência por causa do salário, ficando “no meio do campo” sem envolvimento com o trabalho, o que contrapõe Quinn *et al.* (2003) quando estes sustentam que a renumeração não é motivadora, mas fonte de inspiração.

[...] na verdade eles estão aqui mais por uma questão financeira, quer dizer, é um bom salário, melhor que dos outros, e dentro dessas condições eles procuram exercer o papel deles de uma maneira que não dê atrito muito com as estruturas e nem com as pessoas que estão trabalhando, então eu acho que é... fica aquele meio de campo onde eles tentam se equilibrar. (E5)

A percepção dos outros membros da equipe de como as enfermeiras-gerentes se veem ficaram bem diluídas, observando-as como; dedicada, empenhada, envolvida, esforçada (14,3%); com resistência ao novo (7,1%); superiores (7,1%); falta competência profissional e humana, falha na formação técnica (7,1%). Observem-se as repostas resumidas na TAB. 12:

Tabela 12 – Como as enfermeiras-gerentes para os membros da equipe, na percepção dos entrevistados

Respostas	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Total geral	%
Percepções positivas				
Dedicada, empenhada, envolvida, esforçada	3	1	4	14,3
Flexível		1	1	3,6
Receptiva		1	1	3,6
Competente		1	1	3,6
Reconhecendo		1	1	3,6
Aprova o meu trabalho (95%)		1	1	3,6
Trabalhando em conjunto	1		1	3,6
Ajuda	1		1	3,6
Gestão boa	1		1	3,6
A equipe de enfermagem é tranquila		1	1	3,6
"Ótima pessoa"	1		1	3,6
Super bem	1		1	3,6
Amigo e técnico	1		1	3,6
Como enfermeira	1		1	3,6
Está desenvolvendo um bom trabalho	1		1	3,6
Veem o enfermeiro como porto seguro	1		1	3,6
Tem momentos de alegria, de agrado, de desagrado, pessoas de quem gostam e pessoas de quem não gostam		1	1	3,6
Há 6 meses atrás, confuso, inseguro, ...	1		1	3,6
Percepções negativas				
Resistência ao novo	1	1	2	7,1
Muitas têm amizades, muitas não	2		2	7,1
Falta competência profissional e humana, falha na Formação técnica	2		2	7,1
Resistente a aproximação, no começo arredia	2		2	7,1
Indefinição do cargo	1		1	3,6
Veem de uma forma negativa	1		1	3,6
Pessoal médico fica ofendido (o enfermeiro não pode resolver coisas do nosso conselho)	1		1	3,6
Poliqueixosos	1		1	3,6
Acham que ele persegue	1		1	3,6
Só cobram	1		1	3,6
Alguns cargos (gerência administrativa) não aceitam a subordinação	1		1	3,6
Superiores, (se sentem subalternos)	1		1	3,6
Como inimigo, não vê com bons olhos	1		1	3,6
Insatisfação de poucos		1	1	3,6
Com crítica (médicos).	1		1	3,6
Relacionamento difícil	1		1	3,6
Frustradas	1		1	3,6
Competente politicamente	1		1	3,6
Sem referência	1		1	3,6
Indisponível	1		1	3,6
Isolados	1		1	3,6
Ficam poucos a desejar, eles não tem a idéia que é gerente	1		1	3,6
Sem apoio da SMSC	1		1	3,6
Como enfermeira (de forma negativa)	1		1	3,6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Na opinião de uma diretora/enfermeira-gerente, a equipe da UAI aprova o trabalho do enfermeiro-gerente pontuando o ambiente de trabalho como importante para o seu desempenho efetivo. Esse ambiente, segundo Paiva (2007), é considerado em seu modelo juntamente com o contexto do trabalho, tendo ambos influência na formação, no desenvolvimento e na externalização das competências profissionais dos indivíduos.

[...] Então, assim, para o restante do pessoal, que dá uns 95% o pessoal aprova demais o trabalho da gente, gosta muito, então você vê a unidade tá toda arrumadinha, o quadro de pessoal tá completo agora, a gente não tem problema em relação a material, de limpeza e isso acaba gerando um ambiente bom pra você pra você trabalhar [...]. (E4)

Quinn *et al.* (2003), no delineamento e análise das competências gerenciais, explica que o gerente deve desenvolver e comunicar sua visão; estabelecer metas e objetivos; planejar e organizar; deve ser orientado para as tarefas, espera-se que exiba alto grau de interesse, motivação, energia e ímpeto pessoal, fatos observados por um dos entrevistados.

Então o esperado é que, quando o gerente é o enfermeiro, ele tenha mais envolvimento e dedicação com este trabalho. (E20)

Na opinião de alguns entrevistados, o enfermeiro é um profissional dedicado e envolvido no trabalho, conseqüentemente fará um bom trabalho no cargo da gerência, contrapondo a Jorge (2007) que não acha que o bom técnico necessariamente será um bom gerente e completa que os enfermeiros estão despreparados para gerenciar, são inseguros e submissos à estrutura organizacional. Reforçando a questão da comunicação ineficiente, Quinn *et al.* (2003), assim como Barnard (1971), aponta que a comunicação pode garantir um sistema de cooperação entre a satisfação do indivíduo e o ambiente, o que também é percebido como importante no cargo gerencial pelos entrevistados.

Me veem como uma pessoa receptiva, flexível, dedicada, competente, mas eu acho que eles sentem que falta reuniões e treinamentos. (E24)

Note-se que o profissional que presta serviço de urgência tem características parecidas no que diz respeito ao imediatismo e à necessidade de resolução do problema do paciente, porque, na maioria das vezes, ele está padecendo com dor,

febre e outros sintomas que necessitam de solução imediata. Assim, talvez devido à característica imediatista do serviço e dos profissionais que prestam atendimento de urgência, o isolamento aconteça, já que a tomada de decisão nessa área da saúde não tem como ser participativa:

[...] então acho que o povo da urgência é muito isolado, o resto da rede não existe. (E22)

O gerente de serviços de saúde, como descrito por Andre e Ciampone (2007), deve ser capaz de conduzir as equipes agregando esforços, utilizar recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos, dar soluções dos serviços de saúde na área de abrangência, ser resolutivo, conforme o modelo assistencial pautado na epidemiologia social, característica observada pelos entrevistados, como no trecho ilustrativo apresentado abaixo:

[...] que tá dentro do poder dela ela resolve, até coisas que não é função dela ela vai e tenta. (E25)

Percebe-se, pela fala do entrevistado, que o cargo de gestor é um cargo passível de crítica, corroborando Tohá e Solari (1997) quando afirmam a fragmentação e as contradições vivenciadas pelo gerente, denotando a necessidade de externalização das diversas componentes da competência profissional em ações integradas e, daí, as dificuldades inerentes à função gerencial:

[...] Algumas pessoas veem como crítica, se colocam como uma questão de subalterno e ela como uma pessoa acima dela, que ai prefere julgar, criticar do que uma pessoa de ajuda. Eu vejo como uma pessoa de ajuda, porque se não fosse ela estaria muito mais difícil do que está hoje com certeza [...].(E27)

A percepção dos entrevistados em relação ao relacionamento dos enfermeiros gerentes com os outros gerentes da SMSC foi, em sua maioria, negativa, dado seu desconhecimento de causa; por outro lado, seis dos entrevistados relataram ser bom esse relacionamento (21,4% deles), pacífico, tranquilo, amistoso (14,3%). Essas e outras respostas estão sistematizadas na TAB. 13.

Tabela 13 – Relacionamento do enfermeiro-gerente com os outros gerentes da SMSC, segundo a percepção dos entrevistados

Respostas	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Total geral	%
Negativas				
Não soube responder, não tem conhecimento	11		11	39,3
Através de reuniões quinzenais, colegiados, padronizações	1	2	3	10,7
Pouco relacionamento, pouco envolvimento	2		2	7,1
Sem aproximação	1		1	3,6
Não conhece a rede toda	1		1	3,6
Disputa	1		1	3,6
Positivas				
Bom	4	2	6	21,4
Pacifico, tranquila, amistosa	4		4	14,3
São parceiros, cooperativos	2		2	7,1
Apoio, relação de ajuda		2	2	7,1
Relacionamento de vizinho, sem atrito	2		2	7,1
Eu sempre falo que enfermeiro entende enfermeiro	1		1	3,6
Social	1		1	3,6
Trabalha em rede		1	1	3,6
Existe uma certa cumplicidade	1		1	3,6
Respeitam a hierarquia	1		1	3,6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Os contatos e os relacionamentos se dão de maneira formal com os outros gerentes e são realizados por meio de reuniões mensais do grupo gestor da SMSC. Segundo os entrevistados, esse relacionamento aparenta ser cordial e amistoso. Esses contatos são importantes, porque, na realização profissional, um trabalhador depende do outro indivíduo e/ou de outras organizações (BARNARD, 1971).

Eu vejo um bom relacionamento. Na maioria das vezes esses profissionais, até pelo seu conhecimento das áreas em geral, isso permite um acesso bom e um bom relacionamento com o restante do grupo gestor. (E20)

Eu acho que é uma relação de vizinho, tranquila, se um precisa o outro liga, não acho que é uma coisa assim... tem as reuniões deles. O que eu vejo não tem atrito não. É uma coisa assim bem muito social. (E2)

Extremamente amistosos, nunca vi nada que abonasse ou desabonasse o relacionamento entre. (E17)

Convém lembrar a posição de Aarestrup e Tavares (2008) quanto à atuação do profissional enfermeiro do SUS. Para eles, o enfermeiro em seu dia a dia de

trabalho desenvolve suas atividades por meio de contato direto com o usuário do serviço de saúde e com a equipe de trabalho (técnicos enfermagem, assistentes sociais, médicos, setores administrativos, rouparias, copa, diretores, etc.). A formação do enfermeiro e sua flexibilidade parecem contribuir para a complexidade do trabalho de gerente, redimensionando sua competência profissional, conforme observou-se no relato abaixo:

Então quando eles assumem estes cargos de gerência, tanto os contatos deles com os usuários, tanto com os outros gestores isso é facilitado pela formação dele de sempre se relacionar com a equipe. É da formação do enfermeiro essa formação de equipe, nem que sejam equipes menores, mas sempre vai estar trabalhando e supervisionando equipe. (E20)

As habilidades pessoais que envolvem os jogos políticos inerentes à organização, à profissão e às pessoas individualmente, como ressaltado por Paiva (2007), foram também comentadas:

É um relacionamento pacífico, mas não de muito envolvimento. Se você é um enfermeiro e está num gerenciamento, você tem que se envolver, você tem que se dar! É duro é árduo, o serviço te cobra que seja assim, envolvido, isso depende de você, ninguém força ninguém, é uma promoção sua que você tem que envolver com as pessoas. Eu acho pouco envolvimento. (E21)

Com os outros membros da equipe, o relacionamento das enfermeiras-gerentes foi classificado como positivo, preponderando respostas como: bom, ótimo, amigável, tranquilo (39,3%); harmônica, cordial, cooperativa, prestativa (25,%); respeito (10,7%); receptiva, atenciosa, próximo (10,7%); no entanto, outros afirmaram não existir entrosamento e haver resistência (7,1%), conforme se pode observar na TAB.

14.

Tabela 14 – Relacionamento do enfermeiro-gerente com os outros membros da equipe, na percepção dos entrevistados

Respostas	Total Grupo controle	Total Grupo observado	Total geral	%
Positivas				
Bom, ótima, amigável, tranquila	8	4	12	42,8
Harmônica, cordial, cooperativa, prestativa	6	1	7	25,0
Respeito	2	1	3	10,7
Receptiva, atenciosa, próximo	1	1	2	7,1
Equipe	1	1	2	7,1
Fundamental	1		1	3,6
Cuidando do interesse do servidor		1	1	3,6
Relação familiar		1	1	3,6
Em construção	1		1	3,6
De confiança	1		1	3,6
Procuro ouvir		1	1	3,6
Trabalha as franquezas e os erros individualmente		1	1	3,6
Aceitam	1		1	3,6
Flexível	1		1	3,6
Confundida com amizade	1		1	3,6
Facilitado pela formação	1		1	3,6
Sem cobrança ao servidor	1		1	3,6
Negativas				
Não existe entrosamento, resistência	2		2	7,1
Não sei avaliar	2		2	7,1
Distante	1		1	3,6
Alguns sentem prejudicados	1		1	3,6
Puxa sardinha dos médicos e a enfermagem fica assim...	1		1	3,6
Difícil	1		1	3,6
Prejudicada pela falta de tempo absoluto,	1		1	3,6
Falta relacionamento técnico	1		1	3,6
Postura rígida	1		1	3,6
Existe boa vontade mas que não é calorosa	1		1	3,6
Distante, não existe uma aproximação da equipe com ela e nem ela com a equipe	1		1	3,6
Cumpre o seu papel e mais nada	1		1	3,6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Como o trabalho nas UAI's se dá em equipe, algumas competências específicas podem ser substituídas ou supridas por outros (QUINN *et al.*, 2003). Em contrapartida, um entrevistado acha que, às vezes, mesmo trabalhando de forma compartilhada, existem momentos em que não se consegue trabalhar em equipe, denotando-se, mais uma vez, o isolamento em determinadas situações.

Também nessa linha da cooperação, tem alguns momentos que não dá para o que o outro nos ajude, que a gente também não tem como ajudar, enfim tenta-se trabalhar nessa linha. (E14)

As jornadas de trabalho dos servidores da UAI são diferenciadas e a maioria deles faz escala de plantão, ou seja, ficam 12 horas no trabalho, de dia e/ou de noite. Por esse motivo, a aproximação desses funcionários tende a ser muito grande. Mesmo o gerente não participando do esquema de plantão, muitos deles trabalham até tarde de maneira que fiquem na UAI nas passagens de plantão. A tentativa de aproximação do enfermeiro-gerente de sua equipe de trabalho é percebida como habilidade interpessoal para a qual, segundo Paiva (2007), são utilizadas as componentes cognitiva, funcional e comportamental:

É lógico que a gente fica trabalhando o dia inteiro, a UAI funciona 24 horas, lógico que a gente tem que ser amigo, mas acho que a gente tem que ser técnico acima de tudo. (E13)

A experiência do trabalho de coordenação da enfermagem contribui para o bom desempenho e relacionamento do enfermeiro-gerente em sua unidade de trabalho, o que pode contribuir para o crescimento organizacional por meio do bom relacionamento e da circulação que o enfermeiro tem dentro de seu ambiente de trabalho (BRITO, 2004).

Então quando eles assumem esses cargos de gerência, tanto os contatos deles com os usuários, tanto com os outros gestores isso é facilitado pela formação dele de sempre se relacionar com a equipe. É da formação do enfermeiro essa formação de equipe, nem que sejam equipes menores, mas sempre vai estar trabalhando e supervisionando equipe. (E20)

A SMSC utiliza como ferramenta avaliativa a Ouvidoria, que tem como atribuições “receber, examinar e encaminhar reclamações, denúncias, sugestões e elogios referentes a procedimentos e ações de agentes, órgãos e entidades do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2008, p. 1). Um dos entrevistados avaliou que o enfermeiro-gerente apresenta bom relacionamento com os outros membros da equipe pelo simples fato de não haver reclamação desse profissional na ouvidoria da SMS.

Acho que é muito tranquilo, acho que é muito bom, não vejo dificuldades, não vejo chegando reclamação no nível de ouvidoria, neste nível de coisa não. (E28)

Diante de tais dados, foram tecidas as seguintes considerações finais, nas quais se incluem as limitações percebidas nesta pesquisa e sugestões para investigações futuras.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste estudo foi descrever e analisar como se dá a formação e o desenvolvimento de competências profissionais de enfermeiros-gerentes nas Unidades de Urgências Imediata, UAI's, do município de Contagem. O referencial teórico foi dividido em duas temáticas centrais da seguinte forma: Gerência e gerentes, aprofundando na gerência em enfermagem, e Competências profissionais, dando ênfase à competência gerencial.

A pesquisa foi descritiva com abordagem qualitativa, documental e de campo. As unidades de análise foram as enfermeiras-gerentes e as de observação contaram com estas primeiras e também outros profissionais que trabalham com elas, incluindo-se tanto subordinados como superiores. Para a coleta de dados foram realizados levantamento documental, entrevistas semiestruturadas e observação direta, durante todo o processo de pesquisa. Todos os entrevistados foram escolhidos por acessibilidade e intencionalidade. A análise dos dados foi realizada por meio de análise documental de dados secundários e da técnica de análise de conteúdo para aqueles obtidos por meio das entrevistas (dados primários). Dentre os 28 entrevistados, quatro são as enfermeiras-gerentes das UAI's, cujas competências foram alvo central do estudo, e outros 24 profissionais foram: assistente social, enfermeiros assistenciais, enfermeiros do acolhimento, médicos, coordenador administrativo, técnico de enfermagem, diretores de distrito e superintendente de urgência e emergência. No total, 26 dos entrevistados foram mulheres (92,9%), a maioria na faixa etária de 31 a 35 anos e 39,3% delas são solteiras. A maior parte dos entrevistados tem curso de especialização em alguma área. Quanto ao tempo de trabalho dos entrevistados na instituição, 12 estão na instituição há mais de 21 anos (46%) e o tempo na função é semelhante ao anterior.

A respeito das falas apresentadas pelas diretoras (enfermeiras-gerentes) entrevistadas sobre o que seria uma enfermeira-gerente ideal para a UAI, destacou-se que esse profissional deveria ser mais entrosado, estar junto com os funcionários, ser participativo, estar presente, ser disponível, ser parceiro. Tais características refletem todas as componentes da competência profissional do

modelo analítico adotado (PAIVA, 2007), tendo sido enfatizadas as componentes cognitiva e política. Os outros profissionais entrevistados destacaram as seguintes características do diretor/enfermeiro-gerente ideal: ter conhecimento técnico e ter conhecimento de urgência e emergência. Tais características refletem todas as componentes da competência profissional, sendo enfatizadas a cognitiva e a funcional.

Do ponto de vista do cotidiano vivenciado pelas diretoras/enfermeiras-gerentes, elas afirmaram que as principais características são o esforço, o interesse, o fazer a diferença, a disposição, a boa intenção, o gosto pelo trabalho, a presença, o dinamismo, a atuação, a eficiência, a flexibilidade, a compreensão, a procura por saber e entender o que está acontecendo na unidade de trabalho. Do mesmo modo, percebeu-se que todas as componentes da competência profissional se fazem presentes, tendo sido identificada em seus relatos a preponderância das competências comportamentais, funcionais e políticas. Já os demais profissionais afirmaram que suas principais características são: serem esforçadas, interessadas, fazerem a diferença, terem disposição, serem bem intencionadas, gostarem do trabalho, serem presentes, serem dinâmicas, serem atuantes, serem eficientes. Do mesmo modo, percebeu-se que todas as componentes da competência profissional se fazem presentes, tendo sido identificada em seus relatos a preponderância das componentes comportamentais, funcionais e políticas.

Quanto à formação e ao desenvolvimento de tais competências profissionais, estas são percebidas de modo heterogêneo entre os grupos observados. O grupo de diretoras/enfermeiras-gerentes percebem que esse processo se dá observando-se os seguintes percursos: procurar e levantar, tentar resolver/solucionar os problemas, ter habilidade de conversar, comunicação, conversar com os setores, estar mais próximo dos servidores, dialogar com a rede, ter boa iniciativa, ter bom convívio, ter entusiasmo, ouvir, escutar as queixas. Já o grupo dos outros profissionais das UAI's abordadas, a percepção quanto ao processo de gestão de competência das enfermeiras-gerentes relaciona-se a: buscar informação, capacitação, habilidade de conversar, comunicação, conversar com os setores, estar mais próximo dos servidores, dialogar com a rede, aprimorar-se, fazer novos cursos, curso de formação, apropriando-se do conhecimento.

Em relação à percepção dos enfermeiros gerentes e dos outros atores sociais na realidade de trabalho das diretoras/enfermeiras gerentes das UAI's da SMSC, tem que se levar em conta o tempo que esses profissionais estão no cargo. Somente uma enfermeira-gerente está no cargo há mais de um ano. Tanto as diretoras quanto os outros entrevistados tiveram respostas singulares, sendo que uma pequena parte deles percebe nas enfermeiras-gerentes características pessoais positivas, talvez por não ter dado tempo ainda de se avaliar sua atuação gerencial, devido à rotatividade. Apurou-se que nos últimos dois anos houve, em média, três mudanças de gestores nas UAI's abordadas.

As enfermeiras gerentes entrevistadas acham que a sua gestão é favorecida por características pessoais positivas, como: flexibilidade, compreensão, procurar saber e entender o que está acontecendo na UAI; duas acham que são dinâmicas, atuantes e eficientes, outra que é esforçada, interessada, faz a diferença, tem disposição, e a última acha que é bem intencionada, gosta de trabalhar e é presente no trabalho; duas acham que planejam suas ações através da busca da satisfação do servidor e da população, cuidando dos profissionais de sua unidade, outra acha que coordena a unidade através do trabalho em equipe e garantindo o funcionamento da UAI. Algumas delas até extrapolam o horário de trabalho por achar necessário o contato com os profissionais do plantão noturno, ou vão à unidade no horário noturno para resolver problemas de ordem administrativa e até assistencial como relatado por uma entrevistada. Os outros profissionais concordam com as enfermeiras-gerentes, porém alguns entrevistados as veem de forma negativa como centralizadoras, pouco ou não participativas, promovem poucas reuniões e ficam resolvendo coisas burocráticas. Observa-se, na fala dos entrevistados, uma dificuldade de entendimento quanto ao cargo ocupado pelo enfermeiro-gerente, talvez como já dito, por ela exercer dois papéis na UAI, de referência técnica e de diretora da unidade.

As diretoras e os outros atores sociais concordam que elas buscam a satisfação do servidor e da população, cuidam dos profissionais, trabalham em equipe, garantem o funcionamento do serviço, são esforçadas, interessadas, fazem a diferença, são disponíveis, bem intencionadas, gostam do trabalho, são presentes no local de trabalho, são dinâmicas, atuantes, eficientes, são flexíveis, compreensivas,

procuram saber e entender o que está acontecendo no seu ambiente de trabalho. Note-se que todas as componentes da competência profissional se fazem presentes, destacando-se, mais uma vez, as comportamentais, funcionais e políticas.

Sobre os processos de formação e desenvolvimento de competência das enfermeiras-gerentes, elas buscam informação, capacitação, fazem cursos, apropriando-se do conhecimento e utilizam a sua prática levantando e tentando resolver os problemas de sua Unidade de Atendimento Imediato. No entanto, elas enfrentam dificuldades como a falta de recursos (pessoais, materiais), a questão da legislação do servidor público, de sua escala de trabalho, carga horária. Ter cargo de confiança foi também apontado como fator de dificuldade para o enfrentamento com a SMSC. Esta colabora para a formação das diretoras/enfermeiras-gerentes através de oficinas, capacitações, melhorando na qualificação técnica, cursos de pós-graduação, apesar de alguns entrevistados acharem que não contribui ou contribui pouco, e falham em prover recursos e em dar subsídio para a saúde.

Em relação ao relacionamento das diretoras com as outras enfermeiras-gerentes da SMSC, a maioria não soube responder sobre esse assunto. Dentre as que responderam, o relacionamento foi considerado como bom, coincidindo com a resposta de dois enfermeiros gerentes. Sobre o relacionamento desse profissional com os outros membros da equipe, a maioria acha que é amigável, tranquilo, ou seja, um relacionamento positivo.

Note-se ainda que vários sujeitos pesquisados revelaram que existe uma comunicação inadequada, escrita e/ou verbal, no ambiente micro (no interior das UAI's, como falta de reuniões, falta de dividir os problemas com os funcionários das UAI's, falta de contato com os servidores, ausência no local de trabalho, falta de escala anexada) e no ambiente macro (falta de comunicação da SMSC, falta de divulgação de cursos, e outros). Na percepção dos entrevistados, observa-se que a comunicação é citada ora como ponto positivo do enfermeiro-gerente, ora como fator negativo desse profissional. A comunicação deficiente, segundo Faria (1999) citado Gonçalves (2007), resulta em ações deficientes com consequências negativas para ambos; para Quinn *et al.* (2003), uma comunicação insuficiente gera

problemas interpessoais e organizacionais. Isso é visto como problemático, já que a comunicação é um instrumento chave para o gestor promover a cooperação (BARNARD, 1971).

Percebe-se que, neste estudo, a componente política da competência profissional do modelo de Paiva (2007) ficou em evidência em várias situações da ação gerencial da enfermeira-gerente, quer na sua própria análise, quer nos relatos de terceiros (superiores e subordinados). Como exemplo, podem-se citar:

- o próprio SUS com suas leis e normas operacionais;
- as práticas de admissão do “enfermeiro-gerente”, que se dão por meio de indicação ao cargo de confiança do gestor municipal, percebidas pelos terceiros como fator ora positivo, ora negativo, para a gestão da unidade de saúde;
- o posicionamento dessa diretora/enfermeira-gerente no centro de uma tríade complexa, composta por clientela, servidores e SMSC e
- a questão da autonomia do gestor público, pois a falta desta compromete a solução de problemas da unidade de saúde, apesar de que algumas delas acham que, no serviço público, tem-se mais autonomia que em organizações privadas.

Em relação ao acúmulo de cargos da enfermeira-gerente na UAI (diretora e referência técnica) é percebido pelos profissionais de maneira desconexa:

- é exigido que ela domine a técnica da assistência aos pacientes graves e que possa substituir a falta do enfermeiro assistencial;
- os servidores UAI acham que o não domínio da técnica da assistência se traduz em falta de competência profissional;
- a imagem da enfermeira-gerente é enfraquecida devido ao não esclarecimento de sua real função dentro da unidade de saúde.

A questão da qualificação foi apontada pelos entrevistados como importante para o cargo de diretor de uma unidade de urgência. As diretoras possuem cursos de especialização em urgência e emergência, dentre outros, mas nenhuma delas se

qualificou em gestão. Curiosamente, foi relatado por uma entrevistada que o destaque de sua competência técnica a levou a ser convidada ao cargo de diretora da UAI. A SMSC ofereceu o curso em 2007, mas nenhuma das pessoas que fizeram o curso na época está no cargo de diretor da UAI quando da coleta de dados para esta pesquisa. Percebeu-se que existe uma rotatividade muito grande de diretores nas UAIs e, segundo os entrevistados, eles ficam meses e saem, o que foi percebido durante a pesquisa quando do agendamento e da realização das entrevistas.

Outro aspecto relevante refere-se à desorganização institucional que se reflete nas ações das unidades de assistência. Um exemplo disso é o próprio organograma da SMSC-FAMUC, pois o organograma do município é complexo e algumas diretoras de UAIs acham que são ligadas aos Diretores de Distrito e outros, por sua vez, não enxergam essa subordinação. Segundo a Superintendente de Urgência e Emergência, outro organograma está sendo construído na SMSC-FAMUC.

Diante dos achados desta pesquisa, percebe-se que as competências profissionais das enfermeiras-gerentes das UAIs de Contagem abordadas são gerenciadas por meio de esforços individuais (empenho próprio), coletivos (no convívio diário e nas conversas com outros profissionais) e organizacionais (treinamentos, cursos etc., patrocinados pela secretaria), tendo sido relatados resultados no micro contexto das UAIs, observados tanto pelas próprias enfermeiras-gerentes, como por outros profissionais (terceiros) que lá trabalham. Note-se que a inclusão, nesta pesquisa, da percepção dos terceiros constitui um avanço no campo de pesquisa das “competências profissionais”, tendo sido observadas não apenas a opinião dos profissionais a seu próprio respeito, como também a de outros que podem legitimar e validar tais competências e processos de formação e desenvolvimentos a eles relacionados. Esse avanço é conceitualmente relevante tendo em vista os conceitos desenvolvidos por Fleury e Fleury (2001) e, principalmente, por Paiva (2007), já que este foi o modelo analítico adotado nesta dissertação.

No entanto, as seguintes limitações de pesquisa podem ser apontadas: a distância dos distritos dificultou a coleta de dados, a exemplo do Distrito Vargem das Flores que faz divisa com o município de Esmeraldas. Nesse distrito, quando da realização

das entrevistas, o acesso da UAI Nova Contagem foi interrompido em função da queda de uma ponte e, posteriormente, desviado. A UAI do Distrito Petrolândia, na divisa com a cidade de Betim, estava em reforma e encontrava-se muito cheia de pacientes, dificultando o acesso aos profissionais. Note-se, ainda, que as entrevistas com os profissionais da UAI (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) foram a todo momento interrompidas, o que já era esperado tendo em vista terem se realizado em seus locais de trabalho. A maioria dos médicos foi muito receptiva, porém alguns se recusaram a dar entrevistas, fato que não ocorreu com nenhum outro profissional.

Em face de tais limitações, sugere-se que investigações futuras considerem os seguintes aspectos:

- Replicar a pesquisa em um prazo de tempo maior, de modo a possibilitar um corte longitudinal, com vistas a comparar com os dados aqui apresentados e avaliar os possíveis avanços e retrocessos nos processos envolvidos;
- Ampliar a pesquisa para outros municípios, tanto de Minas Gerais como de outros estados, buscando similaridades e dissonâncias, possivelmente relacionadas a valores e cultura, que se diferenciam em função do espaço;
- Aprofundar as relações da temática “competência profissional” com outras, como relações de poder e identidade, além do afunilamento nas competências gerenciais, tendo em vista as profissões abordadas e os relatos dos entrevistados;
- Aprofundar os estudos das competências profissionais e gerenciais quando da formação acadêmica dos profissionais da área de saúde, buscando identificar se e como tais capacidades vêm sendo formadas e desenvolvidas nas instituições de ensino e nas profissões envolvidas.

Por fim, esta pesquisa aponta a possibilidade de discussões e aprofundamento por meio de novos estudos no campo das competências profissionais e gerenciais do enfermeiro-gerente, agregando e ampliando o conhecimento neste campo de atuação.

REFERÊNCIAS

AARESTRUP, C.; TAVARES, M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008; 10(1): 228 – 234.

ABRANTES, M, M. **Sistema Único de Saúde**: perguntas e respostas. 1º ed. Belo Horizonte: Roma Editora, 2005. 150p.

AGUIAR, A. B; COSTA, R. S. B; WEIRICH, C. F; BEZERRA, A. L. Q. Gerência dos Serviços de Enfermagem: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 03, p. 319 - 327, 2005.

ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; BRITO, M. J. M. Relações de sofrimento e prazer no trabalho: Ambiguidades no espaço organizacional. In: HELAL, D. H.; GARCIA, F. C.; HONÓRIO, L. C. (Coord.). **Gestão de pessoas e competências**: teoria e prática. Curitiba: Juruá, 2008.

ANDRE, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2007; 41(Esp); 835-40

AZEVEDO, S. C. **O Processo de Gerenciamento x Gestão no trabalho do Enfermeiro**. 2000. 24p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Rio Grande do Norte, Natal (RN).

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARNARD, C. **As Funções do Executivo**. São Paulo: Atlas, 1971.

BARBOSA, A. C.; RODRIGUES, M. A. Um Olhar sobre os Modelos de Gestão de Competências Adotados por Grandes Empresas Brasileiras. In: ENANPAD, 29, 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: ANPAD, 2005.

BERTONCELLO, N, M, F; FRANCO, F C P. Estudo bibliográfico sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2001; 9(5): 83-90.

BERNARDINO, E; ELDA, O; CIAMPONE. Preparando enfermeiros para o SUS: desafios das escolas formadoras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.59, n(1). Brasília, Jan/Fev. 2006

BOCCHI, S. C. M.; FAVERO, N. Caracterização das atividades diárias do enfermeiro chefe de seção em um hospital universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.4, n.2, Ribeirão Preto, Jul. 1996.

BRAGA, C. D. LIMA, I. L. C. Transformações na função gerencial: a percepção dos gestores de recursos humanos sobre o papel do gerente contemporâneo. In: EnGPR, 1, 2007, Natal. **Anais...** Natal: ANPAD, 2007.

Brasil. **Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set 1990. Seção I, p.18055-18059. 10.

BRASIL, **Decreto nº 896 de 11 de março de 2008**. Dispõe sobre alocação, denominação e atribuições dos órgãos que compõem a estrutura organizacional da Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem – FAMUC e dá outras providências. Disponível em <<http://www.contagem.mg.gov.br/portaldoservidor/?legislacao=4112>>. Acesso em 31-03-2009.

BRASIL. Norma operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**. Brasília. 27 de fevereiro de 2002.

BRASIL Ministério da saúde. **Portaria nº. 2048**. Aprova a Regulação Técnica dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília. 05 de Novembro de 2002.

BRASIL Ministério da Educação e do Desporto (BR). Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Resolução n. 3 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília. nov; Seção 1. p. 37, 2001.

BRASIL, Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem**. Parecer CNE/CES. 1133/2001. Aprovado em 07/08/2001.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Artigo 196 - 200 da Saúde**. p. 5-10. Brasília:Senado Federal; 1988.

BRASIL. Norma Operacional Básica NOB-SUS 01/96. Brasília: **Diário Oficial da União**. Brasília. 6 de novembro de 1996.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977. Cap. 2 - 5 .

BRITO, M. J. M. **O Enfermeiro na função gerencial: Desafios e perspectivas na sociedade contemporânea**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

BRITO, M. J. M. **A configuração Identitária da Enfermeira no Contexto das Práticas de Gestão em Hospitais Privados de Belo Horizonte**. 2004. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CAMPOS, C. J. G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.5, p. 611-614, 2004.

CHEETHAM, G.; CHIVERS, G. The Reflective (and Competent) Practitioner: a model of professional competence which seeks to harmonise the reflective practitioner and competence-based approaches. **Journal of European Industrial Training**, v. 22, n. 7, p. 267-276, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Definição de Conceitos de urgência e emergência, equipe médica e equipamento para os pronto socorros**. Resolução CMF nº. 1246, de 8 de janeiro de 1995.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-COREN-MG. **Legislação e Normas**. Ano 11, n.1. Belo Horizonte. 2009.

DAVEL, D.; MELO, M. C. O. L. **Gerência em ação: Singularidades e dilema do trabalho dos gerentes**. Rio de Janeiro. FGV, 2005.

DALLARI, S, G. **Os Estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo. Ed Hucitec Humanismo, Ciência e Tecnologia, 1995.

DINIZ, P. A.; VIEIRA, A. O controle e o exercício de poder na gestão por competências: um olhar foucautiano. In: HELAL, D. H.; GARCIA, F. C.; HONÓRIO, L. C. (Coord.). **Gestão de pessoas e competências: teoria e prática**. Curitiba: Juruá, 2008.

DUTRA, J. S.; HIPOLÍTO, J. M.; SILVA, C. M. Gestão de Pessoas por Competências. In: ENANPAD, 22, 1998, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: ANPAD, 1998.

FAYOL, H. **Administração Industrial e Geral**. São Paulo: Atlas, 1990.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Ganabara Koogan, 2005.

FERNANDES, M. S.; SPAGNOL, C. A.; TREVISAN, M. A.; HAYASHIDA, M. A. Conduta gerencial da Enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da Administração. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2003, março-abril; 11(2): 161 -7.

FIDALGO, F. OLIVEIRA, M,A,M. FIDALGO, N. L. **Educação profissional e a lógica das competências**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007

FLEURY, A., FLEURY, M.T.L. **Estratégias Empresariais e Formação de Competências**. São Paulo: Atlas, 2001.

GRECO, R. M. Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**.V. 57, n.4, p.504-507, Brasília (DF), 2004.

GONÇALVES, Leonor. **Processo de trabalho da enfermagem**: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem nas unidades de Internação. Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007.300 p. Tese de Doutorado.

HERZERG, F. One more Time, How Do You Motivate Employee? **Harvard Business Review**, jan/fev, 1968. P 57.

HILL, Linda A. **Novos Gerentes**: assumindo uma nova identidade. São Paulo: Makron Books do Brasil. 1992

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais - 2007**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/Estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_17.pdf>. Acessado em 21 de dezembro de 2009.

JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A.; NÓBREGA, M. F. B.; QUEIROZ, M. V. O. Gerenciamento em enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 60. n(1). Brasília. Jan/Fev. 2007

JUNQUILHO, Gelson Silva. **Ação Gerencial na Administração Pública: a Re/produção de “raízes brasileiras”**. (Tese de Doutorado) Belo Horizonte. UFMG/Face/CEPEAD. 2000.

KATZ, R. **As habilitações de um administrador eficiente**. Vol. 1. São Paulo: Nova Cultural, 1986, P 57-92.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber**. Porto Alegre: Artmed. 1999.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a Competência dos Profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MACHADO, L. R. S. Usos sociais do trabalho e da Noção de Competência. In: HIRATA, H.; SEGNINI, L.(Org.) **Organização, Trabalho e Gênero**. São Paulo: Senac, 2007, v.p.227-312.

MCCLELLAND, D. C. **O poder é o motivador**. São Paulo: Nova Cultural , 1987.

McLAGAN, P.A. Competencies: the next generation. **Training and Development**, p.40-47, may 1997.

MELO C. M , SANTOS T. A. A participação política das enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2007. Jul-Set; 16(3): 462 – 432.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINTZBERG, H. **Trabalho do executivo: o folclore e o fato**. São Paulo: Nova Cultural, 1986.

MOREIRA, A; OGUISSO, T. **Profissionalização da enfermagem brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

MOTTA, P. R. **Gestão de contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 2. Ed 1991.

MUNARI, D. B.; MERJANE, T. V. B.; PRADO, M. A. **A educação de laboratório no processo de formação do enfermeiro: estratégia para o desenvolvimento da competência**. (monografia de especialização) Sociedade Brasileira de Psicoterapia, dinâmica de grupos e psicodrama, Universidade Católica de Goiás, Goiânia (GO).2003. 55p.

NETO, V. G.; PINHEIRO, T. X. A.; MENDES, V. L.; CASTRO, J, L.; CORREIA, M. L.; VILAR, R. L.; RENILSON, R.; JUNIOR, W. C. F. **Administração**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Reunião com os polos de capacitação em saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003. Disponível em <<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/polos1.pdf>>, último acesso em 31-03-2009.

PAGÉS, M. *et al.* **O Poder das Organizações**. São Paulo: Atlas, 1987.

PAIVA, K C M. **Gestão de Competências e a profissão docente**: um estudo em universidades no Estado de Minas Gerais. 2007. Tese (Doutorado em Administração) Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

PAIVA, K. C. M.; MAGESTE, G. S. . Ação, Devoção e Desilusão: Incluindo as Categorias Cultura e Tempo na Análise da Função Gerencial. In: XXXII Encontro da ANPAD, 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** XXXII Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro : ANPAD, 2008. v. 1. p. 1-16.

PAIVA, K. C. M. ; MELO, M. C. O. L. . Competências profissionais docentes e sua gestão em universidades mineiras. In: Diogo Henrique Helal; Fernando Coutinho Garcia; Luiz Carlos Honório. (Org.). **Gestão de Pessoas e Competência** - Teoria e Pesquisa. 1 ed. Curitiba, PR: Juruá, 2008, v. 1, p. 313-338. (a)

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

PERRENOUD, P. 10 **Novas Competências para Ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2001.

PERRENOUD, P. **Construir as Competências desde a Escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999

PESSOA, Fernando. **Citações e pensamentos**: Uma compilação dos melhores textos do maior poeta de língua portuguesa do século XX. (org) Paulo Neves da Silva. São Paulo. Casa das Letras. 1. Ed. Abril de 2009.

PRIMI, R; SANTOS, A,A,A; VENDRAMINI, C,M; TAXA, F; MULLER, F,A; LUKJANENKO, M,F; SAMPAIO, I,S; Competências e habilidades cognitivas: diferentes definições dos mesmos construtos. **Psicologia teoria e pesquisa**. Mai-Ago 2001, vol. 17 n.2, pp. 155-159

QUINN, R. E; FAERMAN S R; THOMPSON M P; McGRATH M; **Competências Gerenciais**: Princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

RAMOS, M. N. **A Pedagogia das Competências**: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2002.

REED, M; **Sociologia da Gestão**. Oeiras: Celta, 1997. 167p.

RIZZOTTO, M. L. F. A origem da Enfermagem Profissional no Brasil: determinantes históricos e conjunturais. In: SAVIANI, D.; LOMBARDI, J. C.; NASCIMENTO, M. I. M. (Org.). **Navegando na história da educação brasileira** - HISTEDBR. 1 ed. Campinas: Graf FE: Histedbr, 2006, v. 1, p. 1-19.

RUAS, R. L. Desenvolvimento de competências Gerências e a Contribuição da aprendizagem organizacional. In: FLEURY, M. T.; OLIVEIRA, JR. M. (Org.) **Gestão estratégica do conhecimento**: integrando aprendizagem conhecimento e competência. São Paulo: Atlas, 2001, p. 242-269.

SANT' ANNA A S. O movimento em torno da competência sob uma perspectiva crítica. In: HELAL, D H. *et al.* (coord). **Gestão de pessoas e competências** – Teoria e pesquisa. Curitiba: Juruá, 2008. 239-254.

SARSUR, A. M; NUNES, S. C.; BANDEIRA, M. L. Tomada de decisão X função gerencial: novas competências frente às mutações ambientais. In: Encontro anual

de Graduação em Administração – ENANGRAD, 9 ., 1998, Itu. **Anais...** São Paulo: ANGRAD, 1998, 15p.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da Competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação & Sociedade**, v.19 n. 65, Campinas, Dez, 1998.

SELLES A; MINADEO R. **Marketing para serviços de saúde**. Rio de Janeiro: cultura médica. 2006.

SIMON, H. A. **Comportamento Administrativo**. Rio de Janeiro: FGV, 1965.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – Contagem (MG). **Apresentação**. Disponível em <<http://www.contagem.mg.gov.br/?og=410&op=apresentacao>>. Acessado em 22/12/2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – Contagem (MG). **Núcleo de Informação e Informática da SMSC – NIIS**. 2009

STROBANTS, M. **Savoir-Faire et Compétence au Travail**. Bruxelles: Éditions de l'Université de Bruxelles, 1993.

TAYLOR, F. W. **Princípios de Administração Científica**. São Paulo: Atlas, 1970.

TOMASI, A. Qualificação ou Competência? In: TOMASI, A (org.). **Da Qualificação à Competência: pensando o sec XXI**. Campinas, SP: Papyrus, 2004.

TOHÁ, C.; SOLARI, R. A modernização do Estado e a gerência pública. **Revista do Serviço Público**. Brasília, v. 48, n. 3, set./dez. 1997.

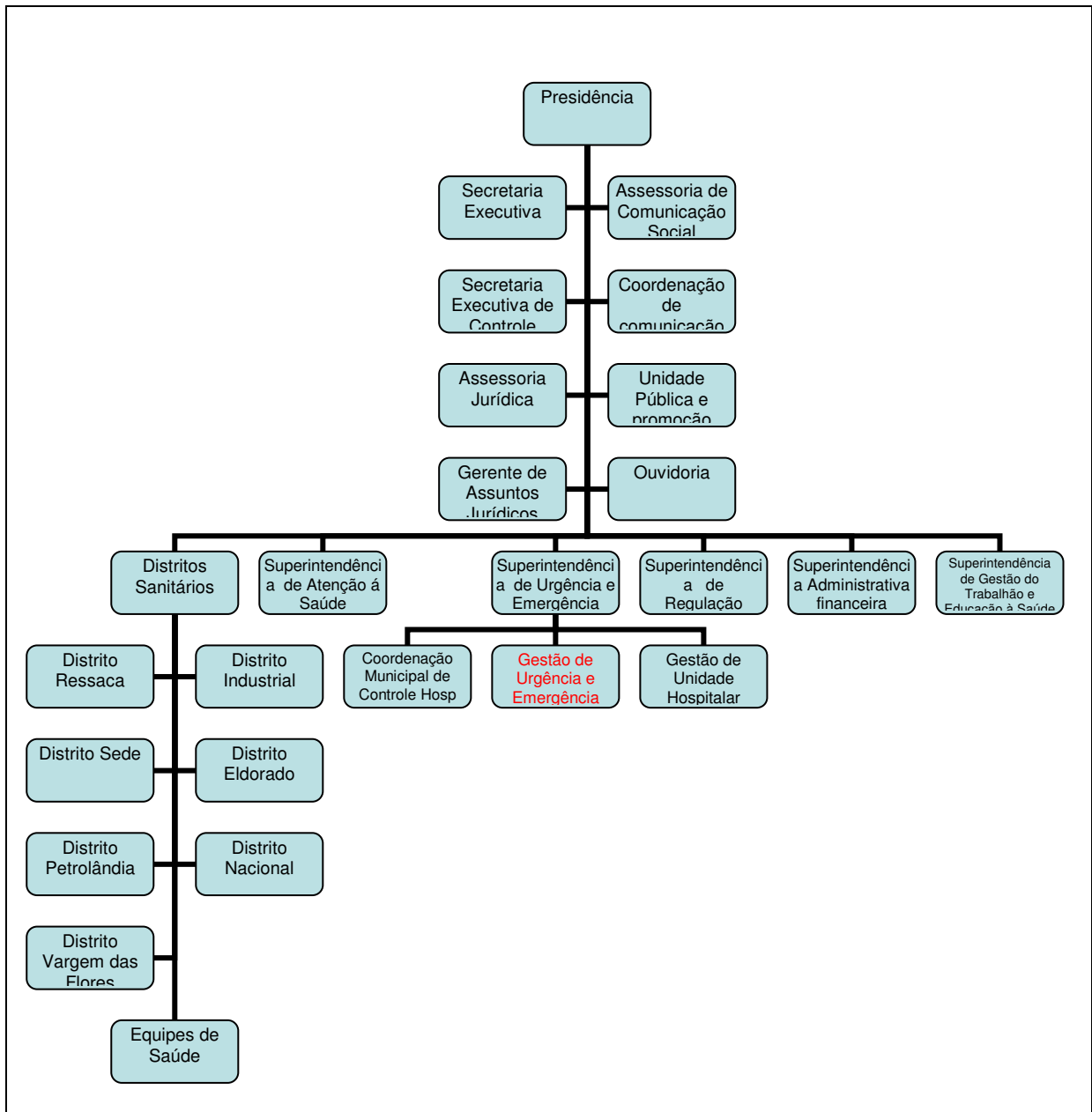
URBANETTO, J, S; CAPELLA, B, B. Processo de trabalho em enfermagem: Gerenciamento das relações interpessoais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 5, n.3, p.316-320, Brasília (DF), 2004.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2003.

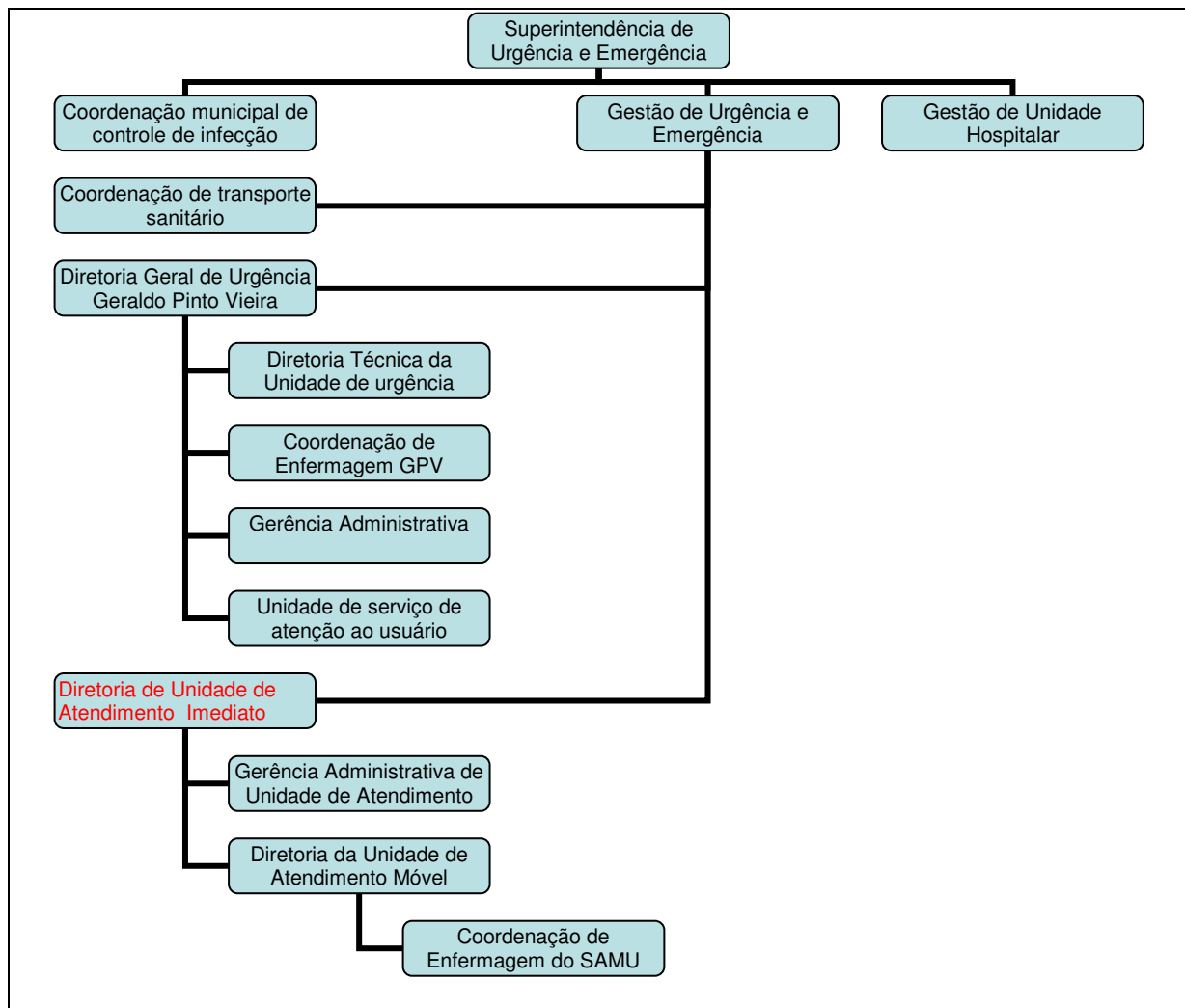
VIEIRA, A; LUZ, T, R. Dos saberes aos saberes: Comparando as noções de qualificação e de competência. **O & S**. V.12, n. 33, abril/junho . 2005

ZARIFIAN, P. **Objetivo Competência: por uma nova lógica**. São Paulo: Atlas, 2001.

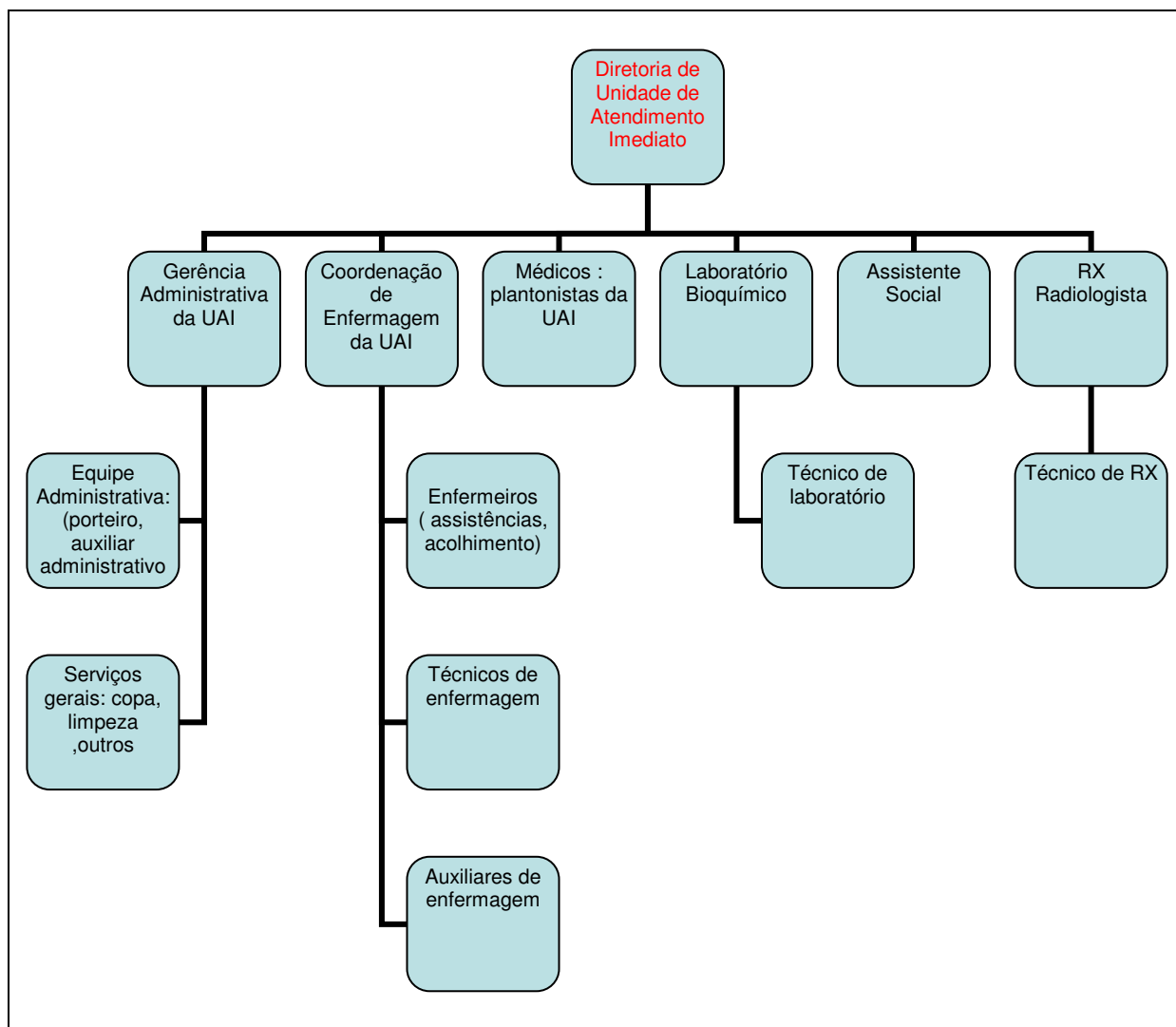
Anexo B – Organograma da SMSC parte I



Fonte: Brasil (2008) adaptado pela autora

Anexo C – organograma da SMSC parte II

Fonte: Brasil (2008) adaptado pela autora

Anexo D – Organograma da SMSC parte III**Organograma 3 - Unidade de Atendimento Imediato – UAI**

Fonte: adaptado, Brasil (2008)

APÊNDICES

Apêndice A – Dados Demográficos

Pesquisador: Selma Costa de Sousa

<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 45 a 50 anos g. () mais de 50 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 médio completo b. () Ensino superior incompleto c. () Ensino superior completo d. () Especialização e. () Mestrado f. () Doutorado</p> <p>5 – Qual sua profissão?</p> <p>a. () Enfermeiro b. () Médico c. () Outros: _____</p>	<p>6 – Há quanto tempo você trabalha nessa Secretaria?</p> <p>a. () menos de 1 ano b. () de 1 a 5 anos c. () de 6 a 10 anos d. () de 11 a 15 anos e. () de 16 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 a 5 anos c. () de 6 a 10 anos d. () de 11 a 15 anos e. () de 16 a 20 anos f. () mais de 20 anos</p> <p>9 – Quanto tempo você tem nessa função, incluindo sua atuação em outras organizações?</p> <p>a. () menos de 1 ano b. () de 1 a 5 anos c. () de 6 a 10 anos d. () de 11 a 15 anos e. () de 16 a 20 anos f. () mais de 20 anos</p>
--	---

Apêndice B – Roteiro de Entrevistas

Grupo de Observação Enfermeiro-Gerente	Grupo de Controle
<p>Minha pesquisa é sobre competências do enfermeiro em cargo de gestão. Esta entrevista começa com a seguinte pergunta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Na sua opinião, como deveria ser o gerente, de uma forma geral? 2- E como ele é, efetivamente? 3- Como deveria ser o enfermeiro-gerente nessa unidade de saúde? 4- E como ele é, realmente? 5- Na sua opinião, por que existe essa diferença, nessa unidade de saúde? 6- Quais são as características de um enfermeiro-gerente competente, na sua opinião? 7- Os enfermeiros gerentes desta unidade de saúde são assim? Por que? 8- O que você faz para ser um “enfermeiro-gerente competente”? 9- Quais são as suas dificuldades nesse sentido? 10- A Secretaria Municipal de Saúde de Contagem contribui nesse sentido? Como? 11- Como você acha que os enfermeiros gerentes se veem aqui dentro? 12- Como você acha que os outros membros da equipe veem o enfermeiro-gerente aqui? 13- Na sua opinião, como é o seu relacionamento com os outros gerentes da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem? 14- E com os outros membros da equipe de saúde? 15- Quer acrescentar algo? Obrigada! 	<p>Minha pesquisa é sobre competências do enfermeiro em cargo de gestão. Esta entrevista começa com a seguinte pergunta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Na sua opinião, como deveria ser o gerente de uma forma geral? 2- E como ele é, efetivamente? 3- Como deveria ser o enfermeiro-gerente nessa unidade de saúde? 4- E como ele é, realmente? 5- Na sua opinião, por que existe essa diferença, nessa unidade de saúde? 6- Quais são as características de um enfermeiro-gerente competente, na sua opinião? 7- Os enfermeiros gerentes desta unidade de saúde são assim? Por que? 8- O que eles fazem para ser um “enfermeiro-gerente competente”? 9- Na sua opinião, quais são as dificuldades deles nesse sentido? 10- A Secretaria Municipal de Saúde de Contagem contribui nesse sentido? Como? 11- Como você acha que os enfermeiros gerentes se veem aqui dentro? 12- Como você acha que os outros membros da equipe veem o enfermeiro-gerente aqui? 13- Na sua opinião, como é o relacionamento dele com os outros gerentes da Secretaria de Saúde de Contagem? 14- E com os outros membros da equipe de saúde? 15- Quer acrescentar algo? Obrigada!