

FACULDADE NOVOS HORIZONTES

**Programa de Pós-graduação em Administração
Mestrado**

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS-GESTORES:
um estudo no Hospital Governador Israel Pinheiro**

Vera Lúcia Vieira Martins

**Belo Horizonte
2010**

Vera Lúcia Vieira Martins

COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS-GESTORES:
um estudo no Hospital Governador Israel Pinheiro

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

Orientadora: Profa Dra Kely César Martins de Paiva

Linha de pesquisa: Relações de Poder e Dinâmica das Organizações.

Área de Concentração: Organização e Estratégia.

Belo Horizonte
2010

Dedico às minhas filhas Maria Clara e Marcella, razão do meu viver, por terem compreendido a minha ausência dando-me coragem e alegria para lutar.
À minha mãe Piedade, pelo incondicional amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, presença constante em minha vida, por ter me dado força, equilíbrio, sabedoria e determinação para buscar os meus objetivos nos momentos mais difíceis.

À minha mãe, Piedade, exemplo de sabedoria. Agradeço o amor, a dedicação sem limites ao longo de toda a minha vida e as orações, muitas vezes silenciosas. A você que renunciou aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus; e que me mostrou, com o seu exemplo de vida, que as dificuldades encontradas pelo caminho servem para nos fortalecer.

Às minhas filhas Maria Clara e Marcella, “presentinhos” de Deus na minha vida. Agradeço por sempre estarem ao meu lado, me incentivando, pelas vezes que ficaram estudando junto comigo e pelas infinitas demonstrações de carinho.

Às minhas amigas Silma e Ana Guida, irmãs de coração, pelos momentos de alegria e pelas palavras de carinho e incentivo.

Em especial, à minha orientadora, Dra. Kely César Martins de Paiva, exemplo de mestre que devemos seguir. Agradeço a dedicação, o carinho e a compreensão nos momentos de ansiedade e dúvidas.

Aos professores da Faculdade Novos Horizontes, pelos momentos de rica convivência e pelos ensinamentos.

Aos colegas do curso de mestrado, com os quais pude conviver e compartilhar experiências e conhecimentos.

Às colegas Enfermeiras do IPSEMG, participantes da pesquisa, que colaboraram dedicando parte do seu tempo e fornecendo informações relevantes, sem as quais este estudo não seria possível.

Desejo que a vida se torne um canteiro de oportunidades para você ser feliz...

E, quando você errar o caminho, recomece, pois assim você descobrirá que ser feliz não é ter uma vida perfeita, mas usar as lágrimas para irrigar a tolerância. Usar as perdas para refinar a paciência. Usar as falhas para lapidar o prazer. Usar os obstáculos para abrir as janelas da inteligência.

Jamais desista de si mesmo. Jamais desista das pessoas que você ama.

Jamais desista de ser feliz, pois a vida é um obstáculo imperdível, ainda que se apresentem dezenas de fatores a demonstrarem o contrário.

Pedras no caminho? Guardo todas... Um dia vou construir um castelo!

Fernando Pessoa

RESUMO

O Objetivo geral desta pesquisa foi analisar como se encontram configuradas as competências profissionais das enfermeiras-gestoras do Hospital Governador Israel Pinheiro, na percepção delas próprias, considerando o modelo de gestão compartilhada implementado na instituição. O referencial teórico foi dividido em duas partes. Na primeira parte, foi abordada a função gerencial, sob o olhar dos autores clássicos e contemporâneos; em seguida foi descrito o trabalho gerencial da enfermagem. Na segunda parte, foi discutida a competência profissional e gerencial, além da competência de enfermagem de acordo com os principais autores que escrevem sobre o tema. A abordagem escolhida para atender a um dos objetivos específicos e apoiar a análise da pesquisa foi o modelo de Paiva (2007). Na metodologia, foi esclarecido que esta dissertação contou com uma pesquisa de campo, descritiva, nos moldes de um estudo de caso, com abordagem essencialmente qualitativa. Foram entrevistadas 15 enfermeiras-gerentes e os dados coletados foram analisados à luz da técnica de “análise de conteúdo”. De acordo com as entrevistadas, o modelo de gestão tripartite implementado nos departamentos assistenciais possibilitou a interdisciplinaridade e a visão do todo, pois os profissionais passaram a ter um conhecimento também das outras áreas de trabalho, o que favorece as discussões, a busca de soluções para os problemas que surgem no departamento e também uma participação mais efetiva nos outros departamentos, já que a Gerência Hospitalar promove reuniões onde são apresentados e discutidos os projetos de cada departamento. Nesse contexto, a enfermeira assumiu um papel diferenciado, tendo em vista a diversidade de suas funções e as dificuldades em termos de se estabelecer enquanto “gerente”. Nesse sentido, os dados apontaram para a exteriorização da competência profissional das enfermeiras gerentes, apoiados em todas as componentes, com destaque para a Funcional, a Comportamental, a Política e a Cognitiva, ficando a Ética restrita a alguns relatos mais esparsos. Foi possível observar, também, a importância do *feedback* da própria enfermeira e de terceiros para o desenvolvimento de suas competências e o realinhamento de seus comportamentos, os quais visam tanto a assistência como os resultados econômicos tanto as pessoas como os processos, tanto o paciente como o corpo funcional que o atende. Além disso, a preponderância de ações individuais em relação à gestão das competências das entrevistadas denota fragilidades do ponto de vista da coletividade, fato preocupante quando se considera a profissão de enfermagem e, em sentido mais amplo, qualquer outra na qual seus membros atuam de modo mais isolado. Isso reforça a percepção de Paiva (2007) quanto ao caráter individual e individualizante do discurso e dos processos envolvidos na gestão de competências em organizações contemporâneas. Ao final, limitações do presente estudo e sugestões para pesquisas futuras, para as enfermeiras e para o hospital foram listadas.

Palavras-chave: Gerente, competência profissional, enfermeira, hospital público.

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to analyze how the professional competences of nurse managers are configured at the Governador Israel Pinheiro Hospital, considering their own perception as well as the shared management model implemented at the institution. The theoretical framework was divided into two parts. The first part addressed the managerial function, from the perspective of classical and contemporary authors, and then described the work of nursing management. The second part discussed the professional and managerial competence, in addition to the competence of nursing according to the authors who write about the topic. The approach chosen to meet one of the specific goals and support the analysis of the research was Paiva (2007) model. As for the methodology, it was clarified that the present dissertation included a descriptive field survey, similar to a case study with a substantially qualitative approach. Fifteen nurse managers were interviewed and the collected data were analyzed based on the technique of "content analysis", in three distinct stages. After a description of demographic and functional data of the subjects interviewed, the data related to their perceptions concerning the management and professional competences were presented and analyzed. According to the respondents, the tripartite management model implemented in the care departments enables the interdisciplinary and intuition of the whole, since professionals began to have a knowledge of other work areas, which facilitates the discussion and search for solutions to the problems that arise in the department and also a better participation from other departments, since the Hospital Management holds regular meetings where the projects of each department are presented and discussed. Within this context, the nurse assumed a unique role owing to the diversity of their roles and the difficulties in terms of establishing as a "manager". Accordingly, the data pointed to the externalization of the professional competences of nurse managers supported in all components with emphasis on the Functional, Behavioral, and Cognitive, Political ones, but the Ethics was restricted to some more sparse reports. It was also noticed, the importance of the feedback from nurses and others to develop their competences and realignment of their behavior, which is aimed at both the assistance and economic outcomes, both people and processes, as well as the patient and the workforce that look to him. Moreover, the preponderance of individual actions in relation to the management of competences of the respondents denotes weaknesses in terms of collectivity, a worrisome point when considering the nursing profession and, more broadly, any other profession where its members operate more isolated. This reinforces Paiva (2007) perception, regarding the individual and individualizing character of the discourse and the processes involved in management of competences in contemporary organizations. At the end, limitations of this study and suggestions for future research, for nurses and the hospital were listed.

Keywords: manager, professional competence, nurse, public hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Competência Profissional de Paiva (2007).....	38
Figura 2 – As competências e papéis dos gestores no quadro de valores competitivos	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Significados e objetivos de habilidades gerenciais.....	20
Quadro 2 – Competências do profissional	31
Quadro 3 – Os oito papéis e suas respectivas competências-chave	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Ser gestor, de modo geral, na percepção das entrevistadas	58
Tabela 2 – Ser gestor, neste hospital, na percepção das entrevistadas	60
Tabela 2 – Particularidades da estrutura organizacional na gestão compartilhada, na percepção das entrevistadas.....	61
Tabela 4 – Ser uma profissional competente, de modo geral, atualmente, na percepção das entrevistadas.....	63
Tabela 5 – Ser uma enfermeira competente, na percepção das entrevistadas.....	65
Tabela 6 – Ser enfermeira-gerente competente, na percepção das entrevistadas ...	67
Tabela 7 – Processos de formação e desenvolvimento das competências profissionais da enfermeira-gerente, na percepção das entrevistadas	68
Tabela 8 – Dificuldades nos processos de formação e desenvolvimento das competências profissionais da enfermeira-gerente, na percepção das entrevistadas	69
Tabela 9 – Contribuições do hospital nos processos de formação e desenvolvimento das competências profissionais da enfermeira-gerente, na percepção das entrevistadas.....	71
Tabela 10 – Características atribuídas às enfermeiras-gerentes por elas próprias, na percepção das entrevistadas.....	72
Tabela 11 – Características atribuídas às enfermeiras-gerentes por outros membros da equipe, na percepção das entrevistadas.....	74
Tabela 12 – Dificuldades ou pontos negativos no exercício da função gerencial, na percepção das entrevistadas.....	75
Tabela 13 – Facilidades ou pontos positivos no exercício da função gerencial, na percepção das entrevistadas.....	76
Tabela 14 – Desafios no exercício da função gerencial, na percepção das entrevistadas.....	77
Tabela 15 – Características dos relacionamentos interpessoais com os outros membros da equipe de gestão, na percepção das entrevistadas	79
Tabela 16 – Características dos relacionamentos interpessoais com os subordinados, na percepção das entrevistadas	80
Tabela 17 – Características dos relacionamentos interpessoais com os superiores, na percepção das entrevistadas.....	80
Tabela 18 – Características dos relacionamentos interpessoais com os demais gestores do hospital, na percepção das entrevistadas.....	81
Tabela 19 – Trato com profissionais com vínculos de trabalho diferentes no interior do hospital, na percepção das entrevistadas	82
Tabela 20 – Comentários finais das entrevistadas.....	84

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Objetivos	13
1.1.1 Objetivo geral	13
1.1.2 Objetivos específicos.....	13
1.2 Justificativa e relevância do estudo.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1. Caracterização do trabalho gerencial.....	15
2.2 Caracterização do trabalho da enfermeira e da enfermeira-gerente	24
2.2 Competências profissionais.....	29
2.2.1. Competências gerenciais	39
2.2.2 Competências na enfermagem	43
3 METODOLOGIA	48
3.1 Caracterização da pesquisa	48
3.2 Unidades de observação e análise	49
3.3 Coleta dos dados	49
3.4 Análise dos dados	50
3.5 Questões Éticas	52
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	53
4.1 O hospital abordado	53
4.2 Dados das entrevistas.....	55
4.2.1 Dados demográficos dos entrevistados.....	56
4.2.2 Gerência e competências dos sujeitos entrevistados.....	57
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICES	98
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	98
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	100
Declaração do termo de consentimento pós-informação	101

1 INTRODUÇÃO

As inúmeras transformações vivenciadas no mundo vêm exigindo das organizações adaptações para atender a esse novo mercado. A mudança de paradigmas vem exigindo das pessoas e das organizações novas posturas, trazendo para os gestores de empresas o significado de palavras como globalização, conhecimento, competências, liderança e competitividade (CUNHA; NETO, 2006).

No Brasil, a crise econômica, vivenciada pela sociedade nos anos 90, afetou, assim como outros setores produtivos, a saúde. Dentro dos setores da economia, a saúde é considerada um dos mais dinâmicos, por ser uma área que tem como produto final o serviço de saúde (CARVALHEIRO, 1999). A consequência mais importante dessa crise econômica para os serviços de saúde foi uma crise financeira e organizacional de grandes proporções que teve imenso impacto sobre os gastos públicos.

Surgiu, então, a necessidade de adoção de estratégias eficientes de gestão; e essa tem sido a nova realidade das empresas públicas, voltadas para o processo de tomada de decisão. O hospital, visto como uma estrutura administrativa, vem tentando acompanhar essas mudanças de mercado em curso. Observa-se que os hospitais, independentemente de serem filantrópicos, públicos ou particulares vêm passando por crises financeiras, dificultando sua gestão (BRITO, 2004).

O hospital é um local diferenciado, com serviços diversos, daí a necessidade de um gerenciamento competente que consiga atingir os objetivos da organização. De acordo com Brito (2004), nesse contexto, surge a necessidade de gestores preparados para o exercício efetivo da função gerencial, pautados nos seguintes princípios: eficácia, produtividade, competência, qualidade total, cliente, produto, desempenho e excelência. Segundo a autora, os hospitais buscam adotar novos modelos gerenciais voltados à melhoria do bem-estar dos indivíduos e da comunidade, à otimização de recursos e à garantia de qualidade de serviços prestados. Por essa razão, é necessário que as enfermeiras em cargos de gerência busquem seu desenvolvimento, que pode ser adquirido em cursos de aperfeiçoamento e pós-graduação (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009).

A competência profissional, de um modo geral, passou a ser entendida como algo contextual, mutável (PAIVA, 2007). Segundo Machado (2007), no plano das atitudes, as organizações começaram a requerer dos trabalhadores o aumento da sua disponibilidade pessoal e da sua disposição para se adequarem a mudanças, ritmos variados e formas flexíveis de trabalho, características necessárias à gestão no contexto descrito.

O trabalho da enfermagem no campo gerencial tem sido marcado por importantes avanços, ligados, sobretudo, à ocupação de espaços anteriormente destinados ao profissional médico/homem/autoridade. A competência gerencial da enfermagem tem sido foco de estudos e a ocupação de enfermeiras em cargos mais importantes na administração das organizações de saúde é algo que hoje leva à reflexão sobre o tema. A abertura de frentes de trabalho para a enfermeira no espaço da gerência a tem levado à superação de antigas posturas e reorientado suas práticas de trabalho (BRITO, 2005), denotando ou indicando a complexidade da natureza dessas práticas e a necessidade de arcabouços conceituais mais robustos para sua compreensão.

Nesse sentido, o modelo de competência profissional desenvolvido por Cheetham e Chivers (1998), adaptado e utilizado por Paiva (2007), foi utilizado para análise das competências das enfermeiras gerentes, o alvo desta pesquisa. O modelo permite examinar como os profissionais operam em sua prática, como as pessoas reconhecem as suas competências profissionais e como tais competências são adquiridas.

A pesquisa foi realizada no Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), o qual faz parte do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG). O IPSEMG é uma autarquia estadual – originada na Caixa Beneficente dos Funcionários Públicos do Estado, em 1912 – que tem por finalidade prestar assistência médica, hospitalar, farmacêutica, odontológica e social a seus beneficiários, gerir o Regime Próprio de Previdência, inclusive os recursos do Fundo de Previdência do Estado de Minas Gerais – FUNPEMG.

Localizado na região hospitalar de Belo Horizonte, o hospital foi fundado em 1971,

tendo sido idealizado pelos servidores do estado que precisam de assistência à saúde. Como Hospital Geral, garante aos seus beneficiários atendimento diferenciado, desenvolvido por equipes de profissionais qualificados, com formação técnico-científica, várias publicações, curso de mestrado em Ciências da Saúde, aprovado pelo MEC/Capes, além de possuir um centro de formação de especialidades em diversas áreas da medicina. O HGIP conta ainda com educação continuada para o corpo de enfermagem e equipe de Psicologia Hospitalar para atendimento aos pacientes e seus familiares.

O HGIP é um Hospital Escola e sua estrutura é composta por leitos de internação, CTI Adulto, CTI Infantil, Bloco Cirúrgico, Centro Obstétrico e Berçário, Unidade de Quimioterapia, Centro de Atendimento Oftalmológico, moderna unidade de tratamento de Hemodiálise, Serviço Médico de Urgência 24 horas/dia, além de Laboratório de Análises Clínicas e Centro de Imagem.

Em setembro de 2008, foi implementada a atual estrutura organizacional do HGIP e foram compostos os seguintes departamentos: Departamento de Unidades de Internação (DEUNI), Departamento de Unidades Críticas (DEUNC), Departamento de Diagnóstico e Tratamento (DEDT) (diagnósticos e tratamento), Departamento de Suprimentos e Logística (DESUL), Departamento Administrativo e Financeiro e Departamento Ambulatorial (DEAMB), que não fez parte deste estudo. O modelo tripartite foi adotado nos departamentos assistenciais da estrutura hospitalar que são o Departamento de Unidades de Internação, o Departamento de Unidades Críticas, e o Departamento de Diagnóstico e Tratamento (nos quais a equipe é composta pelo gerente médico, o gerente enfermeiro e o gerente administrativo), o Departamento de Suprimentos e Logística (cuja equipe é composta pelo gerente enfermeiro e o gerente administrativo) e o Departamento Administrativo e Financeiro (composto por dois gerentes Administrativos).

Diante desse cenário, o problema sobre o qual este trabalho se debruçou relaciona-se à importância da função gerencial na condução das organizações, às peculiaridades do trabalho da enfermeira, às competências gerenciais da enfermeira e, no caso específico, ao modelo de gestão tripartite adotado no hospital alvo deste estudo. A pergunta de pesquisa que resume o problema é enunciada da seguinte

forma: como se encontram configuradas as competências profissionais das Enfermeiras Gestoras do Hospital Governador Israel Pinheiro, na percepção delas próprias, considerando o modelo tripartite de gestão implementado na instituição?

Para responder a essa pergunta, delinearão-se os seguintes objetivos.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar como se encontram configuradas as competências profissionais das enfermeiras gestoras do Hospital Governador Israel Pinheiro na percepção delas próprias, considerando o modelo de gestão compartilhada implementado na instituição.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o hospital, o modelo de gestão tripartite no qual o enfermeiro está inserido e seu papel formal neste contexto.
- b) Descrever e analisar a percepção das enfermeiras quanto ao seu papel gerencial, as suas dificuldades e os seus desafios.
- c) Descrever e analisar como se encontram configuradas as competências profissionais de enfermeiras no hospital abordado, segundo modelo de Paiva (2007).

1.2 Justificativa e relevância do estudo

Esta pesquisa se justifica com base em três aspectos, conforme descritos:

a) Acadêmico: a importância deste estudo para a academia é retomar o tema competência profissional na percepção dos Enfermeiros gestores de uma organização pública na área de saúde, indo ao encontro das recomendações para pesquisas futuras de Paiva e Melo (2008);

b) Organizacional: as constantes mudanças no ambiente de trabalho causam insegurança em toda equipe envolvida no processo e a discussão realizada neste estudo pode vir a facilitar o entendimento das competências profissionais pertinentes à enfermagem nesse ambiente de mudanças. Considera-se a afirmação de Brito (2004) a respeito de que, atualmente, é efetivo o envolvimento da enfermeira em cargos gerenciais;

c) Social: o hospital demonstra a fragilidade física do homem como também representa a sua busca por meios e recursos disponíveis para a recuperação de sua saúde. O hospital como parte integrante do serviço de saúde que tem como premissa básica disponibilizar à comunidade uma assistência médica preventiva e curativa. Sua importância social acrescenta a formação dos profissionais de saúde dentro do contexto educação e saúde (GONÇALVES, 1989).

Além dessa introdução, a dissertação apresenta o referencial teórico que o sustenta conceitualmente e a metodologia adotada na pesquisa empírica. Seguem, a apresentação e a análise dos dados e, depois, as considerações finais, referências e apêndices.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico está dividido em três partes. Na primeira parte, foi abordada a função gerencial sob o olhar dos autores clássicos e contemporâneos; em seguida foi descrito o trabalho gerencial da enfermagem. Na segunda parte, foi discutida a competência profissional e gerencial, com destaque para o modelo analítico utilizado na pesquisa (PAIVA, 2007), além da competência de enfermagem, de acordo com os principais autores que escrevem sobre o tema.

2.1. Caracterização do trabalho gerencial

Descrever o trabalho gerencial não é tarefa fácil; assim optou-se por abordar os autores clássicos e contemporâneos.

O teórico Frederick Winslow Taylor é chamado o “Pai da Organização Científica do Trabalho”. De acordo com seus estudos sobre as leis científicas da gestão, ele propõe que o administrador deve ter as funções de planejar e executar tarefas que até então os operários executavam; muitas das quais os trabalhadores não tinham condições de fazer sozinhos, precisando então ser treinados por seus gerentes, para ao final conseguirem executar mais atividades e melhor (TAYLOR, 1970).

Para isso, ele delimitou os objetivos da administração científica, que deveria substituir as antigas práticas administrativas. Cada fase do trabalho deveria ser estudada, abstraindo-se os velhos métodos rotineiros. Primeiramente a seleção científica dos trabalhadores, colocando o trabalhador certo na função. Para isso os operários deveriam ser treinados. Em seguida, a cooperação e a cortesia entre os trabalhadores e a direção, com o objetivo de que as atividades se desenvolvessem de acordo com os princípios da nova administração. Fazer a divisão do trabalho entre os operários e a direção de forma igualitária, não deixando a maior responsabilidade e sobrecarga sobre os funcionários, como ocorria anteriormente (TAYLOR, 1970).

Dos estudos de Henry Fayol (1968), um dos primeiros a pensar a gerência, surgiram os cinco componentes da função administrativa, a saber: planejamento, organização, comando, coordenação e controle.

Administrar é prever, organizar, comandar, coordenar e controlar; prever é perscrutar o futuro e traçar o programa de ação; organizar é constituir o duplo organismo, material e social da empresa; comandar é dirigir o pessoal; coordenar é ligar, unir e harmonizar todos os atos e todos os esforços; controlar é velar para que tudo corra de acordo com as regras estabelecidas e as ordens dadas (Fayol, 1968 p. 21)

Nas variáveis do sistema administrativo proposto por Likert (1971), ele descreve que a forma utilizada de dirigir pessoas pelos diversos tipos de gerência influencia o desempenho de seus subordinados. O gerente é responsável pela promoção da cooperação entre os membros da equipe.

Katz (1986) concorda com Likert (1971) ao defender que as habilidades humanas são imprescindíveis para o bom exercício da liderança organizacional, pois administradores com boas habilidades humanas se desenvolvem bem em equipes e atuam de maneira eficiente e eficaz como líderes (KATZ, 1986).

Segundo Katz (1986), o administrador deve desenvolver várias habilidades e fazer uso delas. Essas habilidades são classificadas em três grandes grupos: as técnicas, as humanas e as conceituais. As habilidades técnicas são as ligadas à execução do trabalho e ao domínio do conhecimento específico para executar o trabalho operacional. São mais importantes para os gerentes de primeira linha e para os trabalhadores operacionais.

Por outro lado, as habilidades conceituais descritas por Katz (1986) são aquelas que devem ser desenvolvidas pelo proprietário ou presidente da empresa. São essas habilidades que mantêm a visão da organização como um todo, influenciando diretamente no seu direcionamento e administração. Esse tipo de habilidade permite que a pessoa se comporte de acordo com os objetivos da organização total e não apenas de acordo com os objetivos de seu departamento ou grupo imediato e por isso é imprescindível aos administradores de topo. As três habilidades se interligam o tempo todo; sendo assim, o administrador precisa desenvolver as três grandes habilidades e saber dosá-las de acordo com a sua posição na organização.

Mintzberg (1986), por sua vez, observou, em sua pesquisa, que a maioria dos gerentes percebe que a sua função é planejar, organizar, coordenar e controlar. Na realidade, as suas funções estão muito além dessas respostas. Ele vai então citando exemplos de situações em que o executivo realiza tarefas que não se encaixam em nenhum dos cinco componentes da função administrativa descritos por Fayol (1968). Ele faz isso através de um estudo de pesquisas coletadas nos Estados Unidos, Canadá, Suécia e Inglaterra. Segundo o autor, há quatro mitos que não resistem ao exame minucioso dos fatos. São eles:

- a) Primeiro mito: o executivo é visto como um planejador sistemático flexível. Na realidade esse profissional é interrompido o tempo todo, não consegue se concentrar em uma atividade por mais de uma hora. Sua média de concentração é de nove minutos;
- b) Segundo mito: o verdadeiro executivo não executa tarefas de rotina. No estudo foi observado que o profissional perde muito tempo com deveres rotineiros, incluindo rituais e cerimônias, negociações e processamento de pequenas informações que podem futuramente ser importantes para a organização;
- c) Terceiro mito: os principais executivos necessitam de informações agregadas que podem ser melhor obtidas através de um sistema formal de informações gerenciais. O que acontece na prática é que os executivos preferem a mídia verbal, principalmente os telefonemas e reuniões. Assim é gasta a maior parte do seu tempo, pois as informações não são repassadas em um sistema de informações da empresa ao qual todos tenham acesso. A maioria das informações é guardada com eles mesmos, em sua memória;
- d) Quarto mito: a administração é, ou pelo menos está se transformando rapidamente em ciência e profissão. Na realidade, os programas dos executivos para organizar o tempo, processar informações, tomar decisões e outras coisas mais permanecem trancados em suas cabeças.

Sendo assim, o executivo precisa ter acesso às informações cada vez mais rápidas, precisa ser dinâmico e estar atento a mudanças o tempo todo. O trabalho pouco tem

de sistemático e contínuo; na verdade é um trabalho variado, desordenado, intermitente, altamente mutável e imprevisível. A idéia de um processo racional de decisão, com domínio de fases seqüenciais parece cada vez mais distante do dia-a-dia e da realidade do executivo. (MINTZBERG, 1986).

Motta (2003) reforça a fala de Mintzberg (1986): segundo ele, a prática da função gerencial vem exigindo muitas habilidades dos profissionais, mesmo tendo tomado a gerência como sua profissão básica. A função de gerente contrasta com outras funções produtivas, como as técnicas e as administrativas, pois essas funções condicionam comportamentos, normalmente previsíveis e rotineiros.

Ser dirigente é como reger uma orquestra, onde as partituras mudam a cada instante e os músicos têm liberdade para marcar seu próprio compasso. (MOTTA, 2003, p. 19)

A função gerencial está longe de ser ordenada, como se pensava antigamente. Motta (2003) observa que hoje já se sabe que ela é extremamente ambígua, repleta de dualidades, e a sua prática se faz de forma fragmentada e intermitente. O autor cita alguns exemplos para explicar o seu pensamento. Para ele, a visão ordenada e tradicional leva a se acreditar que o gerente era, ou deveria ser, um decisor racional, um planejador sistemático e um coordenador e supervisor eficiente das atividades racionais. No entanto, pesquisas realizadas em organizações consideradas eficientes têm demonstrado o contrário. Em seus depoimentos, os dirigentes dizem que encontram sempre, no seu cotidiano, uma carga de tarefas imprevistas, com reuniões, interrupções e trabalhos administrativos intensos e descontínuos. Os problemas não são previstos anteriormente, eles vão sendo resolvidos à medida que vão surgindo. Muitas vezes as decisões são tomadas envoltas por grandes incertezas e pouca coerência. Exercer a função é sempre tenso e estafante. A visão ordenada do mundo organizacional fazia acreditar a realidade administrativa como racional, controlável e passível de ser uniformizada, porém a realidade tem se mostrado caótica. Ao longo dos anos, essas visões errôneas sobre os dirigentes levaram as pessoas a acreditar que eles podiam ser eficazes e pelas suas especialidades e pela capacidade de comandar e coordenar um trabalho coletivo, semelhantes a um técnico de futebol, mas isso não acontece dentro das organizações.

Para Motta (2003), os dirigentes, ao assumir um cargo, são surpreendidos pelos fatores não-controláveis que acabam produzindo comportamentos administrativos não desejados. O dirigente é parte do processo decisório organizacional e o seu comportamento sofre influências de fatores internos e externos da organização. A lógica racional da decisão não acontece como deveria acontecer, seguindo um planejamento. O autor cita os mitos que existem em torno da função gerencial e vai indicando as verdades sobre cada um desses mitos.

Os dirigentes devem, então, ser preparados para lidar com os imprevistos, já que o dia-a-dia da função gerencial exige deles a capacidade de adaptação e de dar respostas rápidas a esses imprevistos. O sucesso da organização está então diretamente ligado aos seus gerentes, ao cotidiano de trabalho dessas pessoas, à forma com que eles conseguem conduzir suas equipes para o alcance de resultados esperados pela organização. (MOTTA, 2003)

A gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante. (MOTTA, 2003 p. 26)

Se o sucesso da organização está diretamente ligado à capacidade dos seus gerentes, esses devem ser, então, continuamente capacitados, obtendo, assim, mais conhecimentos que estimulem a mente a buscar soluções frente a novos desafios. A formação dará aos dirigentes uma grande capacidade analítica, fazendo com que eles entendam melhor os problemas da organização ao os decompor em diferentes partes, para reordená-los na busca de uma nova solução. No entanto, somente a capacitação, o domínio das técnicas administrativas não basta, é necessário ter capacidade gerencial (MOTTA, 2003)

Segundo Motta (2003), a capacidade gerencial que o mundo moderno exige dos gerentes é mais difícil de ser obtida, depende de habilidades mais complexas como a cognitiva, a analítica, a comportamental e a habilidade de ação. No QUADRO 1 são descritos os significados e objetivos de cada tipo de habilidade.

TIPO DE HABILIDADE	SIGNIFICADO	OBJETIVOS
COGNITIVA	Saber categorizar problemas administrativos e ver relações entre categorias. Compreender o particular através do conhecimento do geral	Aprender sobre administração a partir do estoque de conhecimentos existentes sobre definição de objetivos e formulação de políticas e as idéias sistematizadas sobre estruturas, processos, técnicas e comportamentos organizacionais
ANALÍTICA	Saber a utilidade e a potencialidade das técnicas administrativas e adquirir mais realismo, profundidade e criatividade na solução de problemas	Aprender a decompor problemas administrativos, identificar variáveis fundamentais, estabelecer relações de causa e efeito na busca de novas soluções, objetivos, prioridades e alternativas de ação
COMPORTAMENTAL	Comportar-se de forma diferente do anteriormente acostumado para obter respostas comportamentais mais consistentes com objetivos de eficiência, eficácia, satisfação e segurança no trabalho	Aprender novas maneiras de interação humana dentre padrões alternativos conhecidos e validados socialmente, como novas formas de comunicação de interação grupal ou de fazer ou lidar com poder e autoridade
DE AÇÃO	Desenvolver capacidade de interferir intencionalmente no sistema organizacional, ou seja, de transformar objetivos, valores e conhecimentos em formas efetivas de ação	Aprender sobre si próprio, sobre sua função e sobre os objetivos e condições operacionais de sua organização. Desenvolver comprometimento com a missão sócio-econômica da instituição em que trabalha

Quadro 1 – Significados e objetivos de habilidades gerenciais
 Fonte: Motta, 2003, p. 29.

Desenvolver habilidade cognitiva é ser capaz de desenvolver seu aprendizado e se manter informado a partir dos estoques de conhecimentos existentes. A habilidade analítica é desenvolvida quando se aprende a identificar e fazer diagnósticos dos problemas administrativos, dividindo-os em várias partes para então conseguir buscar soluções por meio de técnicas e instrumentos administrativos. Desenvolver habilidades comportamentais significa adquirir novas maneiras de interação humana, pois ela está ligada à capacidade de comunicação, de liderar sua equipe com poder e autoridade. Finalmente, o desenvolvimento da habilidade de ação se dá por meio da capacidade de interferir intencionalmente no sistema organizacional, transformando conhecimentos e alternativas comportamentais em formas efetivas de ação. Para isso é necessário conhecer melhor a si próprio e o seu papel dentro da organização, os objetivos e o contexto organizacional em que atua, assim como ter comprometimento com a missão sócio-econômica da empresa em que trabalha (MOTTA, 2003).

Davel e Melo (2005) descrevem as oscilações econômicas por que passaram as empresas nas últimas décadas. Nesse contexto, surge a pessoa do gerente, *homo administrativus* (*homo* e *ad minister*), “O homem a serviço do homem”, cujo conjunto se consolida como grupo social. Administração e gerência intermediária alimentam a dinâmica organizacional e garantem o sucesso empresarial. Segundo os autores, os gerentes ocupam espaços intermediários na cadeia hierárquica da empresa e responsabilizam-se pela intermediação das relações de poder entre os dois pólos na divisão do trabalho: trabalhadores e proprietários. Os gerentes desenvolveram uma identidade coletiva e, após esse processo de construção da identidade, eles podem ser representados de várias maneiras: alocadores de recursos, inovadores, improvisadores, participantes da conversa estratégica, implementadores de mudanças e mesmo desenvolvedores de novos produtos.

A trajetória histórica dos gerentes, segundo os autores, teve três origens: a explicação técnica, a política e a elite. De acordo com a explicação técnica, os gerentes surgiram e propagaram-se como um novo grupo de especialistas para coordenar e administrar quando a situação se complicava nas unidades de custo; já para a explicação da elite, o surgimento se deu em função dos diversos mecanismos sociais e econômicos, em razão dos quais um grupo de pessoas (os gerentes) arrogava-se o direito de legitimar-se como tal; na explicação política, é dito que, com o propósito de controlar o trabalho, a administração começa a ser desempenhada por administradores especializados em função da razão política.

Reed (1997) contribui, de outra forma, para sintetizar os estudos sobre os gerentes, o conhecimento de gestão e o seu desempenho na sociedade capitalista. Segundo ele, a gestão tem sido tradicionalmente estudada de acordo com as seguintes perspectivas: a técnica, a política e a crítica, além de propor, ao final de sua análise, a praxeológica. A perspectiva técnica centra-se nas estruturas formais da administração, de acordo com as quais os gerentes buscam estruturar o comportamento organizacional. O autor vê a gestão como coordenação sistemática da ação social e considera que o processo de gestão está direcionado à tecnologia social. A gestão é caracterizada como uma estrutura organizacional, sem a qual ela perde seu poder teórico e toda a sua utilidade técnica. Os elementos estruturais desta perspectiva são diferenciações funcionais internas e as mudanças no sistema

são analisadas como incapacidade ou desnivelamento da estrutura. A abordagem sistemática das organizações destina-se a apontar áreas de desequilíbrio e ajudar os gestores a tomar medidas corretivas. A abordagem técnica, apesar de dominante, sofreu grandes pressões dos processos sociais.

A perspectiva política traça os processos sociais em que as estruturas se estabelecem. Ela vê a gestão como social, onde há regulação de conflitos em meios inseguros dentro dos critérios de avaliação organizacional. Os desacordos são resolvidos com o exercício do poder, proporcionando tratamento individualizado aos gerentes, como autores versados. Pesquisadores desta perspectiva trabalham com a abordagem de poder inerente à prática, priorizando os processos sociais através de jogos políticos, sendo utilizados mecanismos de coordenação e controle (REED, 1997).

A terceira perspectiva, a crítica, aponta os interesses materiais como mais extensos que as referidas estruturas que dominam. Prevê a substituição do poder econômico, que é realizado pela força do capitalismo em que prevalece a ordem econômica, através processos que priorizam os conflitos e as tensões. As pessoas que desempenham a função apoiam-se na teoria Marxista e nesta perspectiva, exigem que o funcionário seja controlado e dirigido para a promoção de interesses setoriais (REED, 1997).

Ao final, Reed (1997) delinea a perspectiva praxeológica, numa tentativa de integração das três anteriores, mostrando a complexidade do trabalho gerencial. Surge, então, a necessidade de reformulação para entender melhor as práticas, com o objetivo de integrar os níveis de análise organizacional, institucional e comportamental em moldes de sistematização. Sendo assim, esse modo de gestão tem como objetivo articular as práticas organizacionais complexas e fragmentadas, partindo do princípio de que o gestor é capaz de controlar os mecanismos institucionais.

Várias são as funções que determinam o desempenho gerencial dos gerentes: as atividades, as relações de poder e as interações com os subordinados, superiores e colegas no cotidiano de trabalho, o enquadramento propiciado pelos padrões

simbólicos da empresa na qual estão inseridos, entre outros (DAVEL; MELO,2005).

Quanto à questão do comportamento, das atividades cotidianas e da cultura, o trabalho do gerente se caracteriza através de suas atividades cotidianas. A atuação dos gerentes é resumida em líderes, formadores e mantenedores de contatos pessoais que monitoram, filtram e distribuem informações, alocam recursos, negociam e renovam (DAVEL; MELO,2005).

Davel e Melo (2005) concordam com Pagès *et al.* (1987) ao explicitarem que o gerente é um mediador dos interesses organizacionais e do seu próprio, ele é um reproduzidor da ideologia do sistema. Neste 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. Ele facilita a construção de um “ideário simbólico” juntando esforços para que todos tenham o mesmo objetivo na organização (DAVEL; MELO, 2005).

Com relação ao jogo do poder que permeia a função gerencial, Dalton¹ (1959), citado por Davel e Melo (2005), diz que os gerentes distorcem informações para os seus superiores, para com isso legalizar seus próprios objetivos políticos. Neste jogo, os gerentes se unem para se fortalecerem em seus objetivos e legitimar sua autoridade. Para Dalton (1959), o gerente bem sucedido é aquele que consegue negociar as atividades informais, como conflitos, interligando as ações coletivas, e os objetivos “oficiais e não oficiais”. Sendo assim, para Davel e Melo (2005), a comunicação gerencial manipula informações e os “gerentes ambivalentes” conservam e corroboram com o capital; no entanto, não têm acesso à decisão, ao poder e ao planejamento organizacional. Tal realidade pode e tem gerado um mal-estar gerencial (DAVEL; MELO, 2005; PAIVA; MAGESTE, 2008).

Após a reestruturação das organizações, a função gerencial também passou por transformações. A onda de reestruturação organizacional se deu quando ocorreram as racionalizações organizacionais, em função das exigências do novo sistema capitalista em construção, e que tiveram duas vertentes: responder aos objetivos de

¹ DALTON, M.: **Men who manage**. New York: Wiley, 1959.

eficiência e de lucratividade e implementar medidas que tornassem as empresas mais flexíveis.). A flexibilização das práticas de gestão, em razão da terceirização, é um exemplo de racionalização. Nos processos de racionalização e flexibilização, os cargos gerenciais são eliminados e os operacionais são redesenhados, levando em consideração o trabalho em equipe cuja supervisão é minimizada (DAVEL;MELO, 2005).

Assim, os gerentes são submetidos a conflitos que os levam a repensar suas práticas. A racionalização e a flexibilidade os fazem adotar medidas ora severas, ora políticas que favoreçam a autonomia do indivíduo. Nesse contexto, Davel e Melo (2005) percebem que os sentimentos de mal estar do gerente intermediário são gerados pela falta de perspectiva de futuro, pelo aumento da pressão no tocante ao desempenho, pela imprecisão na definição das tarefas e responsabilidades, pela pouca consideração do clima social na empresa, pela redução, achatamento das estruturas hierárquicas, pelo aumento dos meios de controle, entre outros fatores. E acrescentam que, em tempo de reestruturação, os fatores mais agravantes para os gerentes são o aumento da jornada de trabalho, a redução do número de gerentes, os avanços tecnológicos, os contratos psicológicos, a polarização do cargo, a destruição das redes sociais, a comunicação ambígua, as tensões na vida familiar; e as mudanças no contrato de trabalho (DAVEL; MELO, 2005).

No caso das enfermeiras que assumem funções gerenciais, contornos peculiares são observados, conforme é discutido a seguir.

2.2 Caracterização do trabalho da enfermeira e da enfermeira-gerente

Segundo Junqueira (1990), a eficácia das organizações de saúde depende das relações que se estabelecem entre pessoas, tecnologia, recursos e administração, ao realizar a tarefa organizacional de prestação de serviços de saúde. Note-se que o enfermeiro na função gerencial vem atender a essas demandas.

A “enfermagem moderna” surgiu na Inglaterra, com Florence Nightingale, na

segunda metade do século XIX, quando da Guerra da Criméia. Face à necessidade de organizar os hospitais militares da época, a enfermagem respondeu a um projeto maior que se instalava na época, o projeto burguês expansionista, ocorrendo então a recuperação da mão de obra dos trabalhadores, imprescindível para a recuperação da força de trabalho. Dessa forma, a enfermagem respondeu ao projeto político social da época, se inserindo no processo de trabalho em saúde, organizando os hospitais como um local de cura (GOMES *et al.*, 1997).

Sendo assim, as práticas de saúde se desenvolvem associadas às estruturas sociais das diferentes nações em épocas diversas. O desenvolvimento das nações, as relações de poder e a articulação das questões de saúde, acontecem dentro das perspectivas sócio-econômicas e políticas da época, e esses fatores influenciam a evolução e a trajetória das práticas de saúde na qual a enfermagem está inserida. (GEOVANINI, 1995).

Para Gomes *et al.* (1997) a enfermagem moderna surge exercendo o gerenciamento, pois assume tanto a organização do ambiente quanto a organização e treinamento dos agentes de enfermagem.

No entanto, desde o seu início, de acordo com Geovanini (1995), a reorganização dos hospitais implicou não só nos agentes da manutenção da força de trabalho, mas na sua percepção como empresas produtoras de serviços de saúde. Nesse período de reorganização da instituição hospitalar, surgiu o posicionamento do médico como principal responsável por essa reordenação, tendo início, então, o processo de disciplinarização, com grandes reflexos na enfermagem.

Embora o poder disciplinar no novo hospital, fosse confinado ao médico, ele passaria a delegar o exercício das funções controladoras do pessoal de enfermagem ao enfermeiro, que imbuído da falsa convicção de participar da esfera dominante, era subutilizado em benefício da manutenção da ordem e da disciplina, indispensáveis à preservação do monopólio do poder institucional (GEOVANINI, 1995 p. 17).

Observa-se que o estudo da enfermagem, assim como o de outras profissões

incorpora saberes de várias ciências. Os estudos de Administração, nos cursos de enfermagem, estão voltados para a administração de materiais e equipamentos, de recursos físicos e do pessoal de enfermagem. As teorias administrativas vêm então possibilitar a reflexão sobre a prática do dia-a-dia da enfermeira.

No decorrer do século XIX, passa a ser difundida a gerência, em pleno desenvolvimento do capitalismo industrial, consolidando a divisão técnica do trabalho (BRAVERMAN, 1987). Atualmente, algumas características da Escola Científica e Clássica da Administração, originadas das teorias de Taylor e Fayol, têm influenciado a gerência do trabalho da enfermagem nas instituições de saúde. As principais características desse estilo de gerência são a fragmentação das atividades, a impessoalidade nas relações e a centralização do poder ainda marcante no cotidiano da enfermagem. Sendo assim, o trabalho de enfermagem sofre as influências da gerência científica incorporando os princípios de controle, hierarquia e disciplina, entre outros (FELLI; PEDUZZI, 2005).

O processo gerencial da enfermeira, a organização do trabalho da equipe, dos recursos materiais e dos recursos humanos de enfermagem são objetos de trabalho do profissional. Para dar conta desse processo, a enfermagem utiliza instrumentos gerência, como: o planejamento, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a avaliação de desempenho e a supervisão (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Em função dos novos modelos organizacionais adotados pelos hospitais públicos ou privados, a enfermeira vem assumindo cargos de níveis mais elevados nessas organizações, deixando de ocupar cargos da área operacional, da assistência e ocupando áreas estratégicas nas novas estruturas hospitalares. Nesse contexto, a prática gerencial tem contribuído para o desenvolvimento de uma visão sistêmica da organização e conferido à enfermeira maior autonomia, ampliação do seu poder de decisão e maior status social e profissional (BRITO, *et al.*, 2004).

Segundo Campos e Santos (2008), as organizações hospitalares têm exigido da enfermeira a ocupação de cargos gerenciais mais elevados na estrutura organizacional, sob a argumentação de que esse profissional possui conhecimento

da prestação do cuidado ao cliente, possui capacitação administrativa e tem facilidade de relacionamento com os demais membros da equipe de saúde.

O trabalho de enfermagem se constitui por relações múltiplas interativas do fazendo-pensando, o cuidado-educando-gerenciando-investigando como prática integrativa (PROCHNOW, *et al.*, 2007, p. 544)

Nesse contexto, a enfermagem, como profissão, precisa estar atenta a constantes mudanças que se inserem no mercado de trabalho. Pelos estudos de Brito (2004), realizados em hospitais de Belo Horizonte que passaram por mudanças organizacionais, chamam a atenção para as diversas transformações que ocorreram com a enfermeira que está inserida nesse ambiente, tais como, a migração das mesmas para cargos de gerência, principalmente de unidades assistenciais, a participação ativa em implementação e manutenção dos novos modelos gerenciais e a adoção de ações voltadas para o aumento da produtividade e da competitividade. Diante dessas pesquisas, sugere-se que as práticas gerenciais da enfermeira nesse espaço de trabalho inovador vêm sendo marcadas pela incorporação de condutas mais complexas, amplas e de maior responsabilidade, a ponto de levantar suposições de que novos perfis e competências estão sendo desempenhados por elas.

Melo (1995) evidencia que as enfermeiras em cargos gerenciais já estão praticando atividades na área financeira e argumenta que essa tendência pode ser justificada pela capacidade dessas profissionais de controlar o processo de trabalho, de enxergar a enfermagem como um todo e, além do mais, por serem elas consideradas “hábeis observadoras, escrutinadoras e registradoras da ordem, da norma e disciplina ao longo da enfermagem como profissão” (p.74). Identifica-se que a enfermeira está envolvida com os parâmetros de produtividade e qualidade, ficando explícita “a constante busca de modelos assistenciais perfeitos que acontecem em um ambiente de relações harmoniosas e consoantes” (p. 123). Porém esse equilíbrio almejado não acontece, o ambiente é imperfeito e por isso ocorrem conflitos, dificuldade de compatibilizar assistência e gerência e indefinições de papéis na realidade da enfermeira gerente (BRITO, 2005 p. 47).

Em estudo realizado por BRITO *et al.* (2004), os modos de gestão nos hospitais

particulares estudados foram influenciados pela dinâmica organizacional, pela formação profissional das gerentes e pelas especificidades da função gerencial. O cotidiano das gerentes foi influenciado por fatores organizacionais e fatores profissionais.

Segundo Weirich *et al.* (2009), nos serviços de saúde, a avaliação da qualidade da assistência prestada deve ser contínua, principalmente, porque o cuidado prestado ao cliente é consumido durante a sua produção, tornando-se diferente da produção de bens, em que é possível separar o produto com defeito sem maiores conseqüências. Sendo assim, a função gerencial da enfermeira deve buscar continuamente a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela sua equipe, sendo o cuidado o produto final da assistência de enfermagem.

Muitas são as dificuldades encontradas no gerenciamento de enfermagem, elas perpassam pela formação profissional ancorada em abordagem tradicionalista da Administração, chegando ao mercado de trabalho, quando a enfermeira se depara com uma estrutura formal, marcada por relações de poder verticalizadas, normas a serem cumpridas e um rol de tarefas a desempenhar. Segundo Jorge *et al.*, (2007), diversos estudos abordam as dificuldades apresentadas na prática do gerenciamento em enfermagem, e, apesar de cada autor representar uma determinada realidade, diferentes contextos e momentos históricos, observa-se que os cenários se repetem, os problemas se assemelham. As dificuldades geram no profissional insatisfação com o seu trabalho, sentimentos de frustração, impotência e insegurança diante da realidade vivenciada.

Assim sendo, as enfermeiras em cargo de gerência estão tendo que se adaptar às “novas” exigências profissionais, não ficando somente na administração do cuidado, como acontecia anteriormente. Tais demandas implicam na exteriorização de suas competências profissionais, sendo esta temática desenvolvida no item seguinte.

2.2 Competências profissionais

O conceito de competência surgiu na década de 80, em função das novas exigências da produção, como a flexibilização de produção, a integração de setores, a multifuncionalidade e a polivalência dos trabalhadores e a valorização dos saberes não ligados ao trabalho prescrito (RAMOS, 2001).

Segundo Zarifian (2001), a 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 ainda à iniciativa e à responsabilidade do indivíduo em situações de trabalho a que ele está submetido.

Dutra, Hipólito e Silva (1998) concordam com LeBortef (1995) quando este afirma que a competência não é um estado ou conhecimento que se tem, nem é resultado de treinamento. Competência é, para esses autores, colocar em prática o que se sabe em um determinado contexto marcado geralmente pelas relações de trabalho, pela cultura da empresa, pelos imprevistos, limitações de tempo e recursos etc. Pode-se, portanto, falar de competência apenas quando há competência em ação, isto é, quando são mobilizados conhecimentos em diferentes contextos expressos em ação.

Quando ocorre uma relação efetiva entre o amadurecimento profissional e a ascensão a níveis mais complexos, há a tendência de um sentimento de bem-estar, fluência e efetividade na tomada de decisão, ao passo que um desequilíbrio destes fatores pode provocar, de um lado, sentimentos de ansiedade, medo e perplexidade e, de outro, sensações de aborrecimento, frustração e ansiedade (DUTRA; HIPÓLITO; SILVA, 1998).

Le Boterf (2003), citado por Paiva (2007), afirma que competência, em um contexto profissional, está relacionada a “um saber agir responsável”, reunido em um todo que dá movimento, complementa e transmite “conhecimentos, recursos e habilidades”, levando a um reconhecimento pelo outro.

Essa discussão é aprofundada por Le Boterf (1994), para quem a ciência da competência é o saber agir, que se distingue do saber fazer. Segundo esse autor, a ação é diferente do comportamento pelo fato de ter uma significação para o sujeito. O saber agir pode significar, algumas vezes, não agir (VIEIRA; LUZ, 2005 p.97).

De acordo com Ruas (2001), apesar das diferentes abordagens recentes acerca do tema (BOTERF, 1994 e 1999; ZARIFIAN, 1996; LEVY-LEBOYER, 1996; TREMBLAY; SIRE, 1999; GREEN 1999), continuam a prevalecer como elementos de referência para qualquer classificação nesse campo os três grandes eixos já tornados clássicos: conhecimentos (saber); habilidades (saber-fazer); atitudes (saber ser/agir). Embora diferentes classificações e desdobramentos tenham introduzido mais especificidade e objetividade ao que se pode chamar “recursos de competências”, entende-se que a abrangência, a adaptabilidade e a facilidade de compreensão desses três elementos permitem que eles possam ser empregados adequadamente em qualquer circunstância, mesmo que sob uma forma mais genérica (RUAS, 2001, p. 250).

Fleury e Fleury (2004) consideram que o conceito de competência abrange um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que levam a um alto desempenho, ligados à inteligência e à personalidade do indivíduo; sendo assim, a competência é o resultado de um estoque de recursos que o indivíduo detém. Essa competência individual é demonstrada no conjunto de tarefas do cargo ou da posição ocupada pelo indivíduo.

Ressalte-se, no entanto, que, para o desenvolvimento do trabalho, a qualificação deve vir acompanhada da competência. Fleury e Fleury (2004) concordam com Zarifian (2001) quando afirmam que o conceito de competência abrange a inteligência prática de situações que se apóiam nos conhecimentos já adquiridos pelo indivíduo e que quanto mais aumenta a complexidade da situação, mais fortes se tornam esses conhecimentos.

O trabalho não é mais o conjunto de tarefas associadas descritivamente ao cargo, mas torna-se o prolongamento direto da competência que o indivíduo mobiliza em face de uma situação profissional cada vez mais mutável e complexa. Essa complexidade de situações torna o imprevisto cada vez mais cotidiano, rotineiro. (FLEURY, FLEURY, 2004 p. 29).

Machado (2007) concorda com Fleury e Fleury (2004), Ramos (2001) e Luz (2001) em relação ao diploma, que espelha o estoque de recursos individuais necessários ao desempenho em cada cargo ou posição. Ele já não basta, não é suficiente para atender à demanda da organização, que agora exige do indivíduo inovação e flexibilidade.

O diploma, então, qualifica, mas não garante competência. Nesse sentido, Paiva (2007) distingue qualificação de competência: qualificação refere-se à organização, ao posto de trabalho, à potencialidade de ação, à possibilidade e/ou facilidade de transferência; e competência é voltada para profissão, para o indivíduo, sendo mais difícil e até mesmo impossível de se transferir para um outro sujeito.

Para dar conta dessa multiplicidade, o profissional precisa ser competente. Fleury e Fleury (2004, p. 29) definem, então, competência: “é um saber agir responsável e reconhecido, que implica em mobilização, integração e transferência de conhecimentos, recursos e habilidades que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”.

No QUADRO 2, estão descritas as seis competências profissionais e os seus significados, segundo o modelo de Fleury e Fleury (2004).

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 experiência 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; Fleury, 2004, p. 31.

Segundo os autores, essas competências não ocorrem de forma isolada; pelo contrário, elas interagem, podendo inclusive ser usadas ao mesmo tempo (FLEURY; FLEURY, 2004).

Para Vieira e Luz (2005), o termo competência pode ser usado em diferentes contextos e com várias ênfases em seus componentes essenciais.

A definição de competência não é única, vários autores descrevem o que entendem acerca do tema. O termo é plurissignificativo, uma vez que é utilizado em diferentes contextos e com várias ênfases em seus componentes essenciais. Barato (1998) menciona duas linhas conceituais principais: a Escola Francesa, que enfatiza a vinculação entre trabalho e educação, considerando as competências como resultado da educação sistemática, a Escola Britânica, que define competências tomando como referência o mercado de trabalho e enfatizando fatores ou aspectos ligados a descritores de desempenho requeridos pelas organizações produtivas (VIEIRA; LUZ, 2005, p. 97).

As constantes exigências impostas aos trabalhadores trouxeram a necessidade de cada um deles desenvolver as suas competências, o que resultou em uma coletividade enfraquecida. Os trabalhadores precisam aprender outras capacidades fundamentais como: contar consigo mesmo, desenvolver uma identidade autônoma, adaptar-se a situações no trabalho em contínua transformação, entre outras, sem supervisão, sendo responsáveis por seus tempos. A força do trabalho passou a ser entendida por seu valor, pelos processos de inclusão e exclusão das pessoas no mercado de trabalho, pelas condições de trabalho, o prestígio ou descrédito de profissões, títulos e diplomas (MACHADO, 2007)

Machado (2007) concorda com Luz (2001) a esse respeito, já que é cada vez mais exigido o desenvolvimento de competências dos empregados.

Para competir no mundo globalizado e enfrentar as transformações que se processam no ambiente econômico e social, as organizações passam a demandar de seus empregados uma grande plasticidade, capacidade de inovação para resolver problemas complexos e inusitados, além de qualidades pessoais, habilidades sociais e alto nível de comprometimento com os valores da organização (LUZ, 2001, p. 14).

Para tanto, os profissionais se sujeitam aos mais variados esforços com intuito de formar e desenvolver suas competências profissionais. Paiva (2007, p. 57) conceitua

a gestão de competências como o:

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

Deste modo, na gestão de competência, o diploma, o título, já não é o bastante para o trabalhador se manter no mercado de trabalho.

As relações de trabalho passam a ser marcadas pelo caráter de não-permanência; em oposição a garantias de emprego, benefícios e bons salários, anteriormente oferecidos pelas organizações, que exigiam em contrapartida lealdade, assiduidade e pontualidade. Atualmente, há um compartilhamento de responsabilidades e autodesenvolvimento, mas os profissionais devem cuidar da própria carreira e comprometer-se com os resultados (LUZ, 2001, p. 23).

Machado (2007) trata desse novo cenário como gestão participativa; os funcionários passam a ser responsáveis pela sua permanência no mercado de trabalho. Para isso os trabalhadores têm que desaprender hábitos, comportamentos e valores; além de ter que buscar suas capacidades pessoais de identificar, entender e antecipar problemas em situações concretas, reais e imprevistas; é exigido ainda agir na execução das tarefas com perícia, eficácia, rapidez e segurança. Os trabalhadores têm que aumentar a sua disponibilidade pessoal. São também valorizados os conhecimentos ligados às situações concretas e práticas.

A autora acredita que, na gestão de competências, surge um novo processo avaliativo, em que o indivíduo passa a ser avaliado pelas suas atitudes, e é como trabalhador-empresendedor que se sobressai, demonstrando seu saber-fazer e saber-ser. Os certificados e diplomas escolares ficam em segundo plano e o que realmente conta é o que o gestor consegue demonstrar no desempenho de suas funções, em determinadas ações. A autora menciona também algumas questões relativas à gestão do trabalho por competência como, por exemplo, a disputa competitiva no mercado pelos espaços e oportunidades de emprego e trabalho. Definir estruturas gerais e universais competentes pouco ajuda, pois elas acabam sendo decodificadas, reorganizadas e reconstruídas permanentemente pelos sujeitos. Machado (2007) faz um paralelo entre o taylorismo/fordismo, afirmando que este modelo não mais corresponde às necessidades da concorrência capitalista, que

esse padrão fala em gestão de recursos humanos, e o modelo gestão do trabalho por competência fala em gestão de pessoas. Nessa nova organização de trabalho, cada vez mais competitiva, o indivíduo precisa estar preparado para atender as exigências atuais das empresas e do mercado de trabalho, capacitado para resolver problemas inesperados e preparado para lidar com incertezas. Para tanto, o trabalhador teria que aprimorar sua capacidade e desenvolver novos aprendizados. Assim, para ser competente, além do conhecimento teórico, o funcionário precisa de prática, ele precisa saber associar os conhecimentos na hora de resolver problemas, lidar com situações não previstas (MACHADO, 2007).

Barbosa e Rodrigues (2005) realizaram estudo em empresas de quatro diferentes estados brasileiros que adotaram o modelo de competências a partir de 1990, modelo esse focado no recrutamento, seleção, treinamento, desenvolvimento e nas carreiras. Eles observaram que a remuneração ainda não está atrelada ao modelo, tendo tratamento individualizado. Nas empresas analisadas, o objetivo dos modelos reforça uma dimensão comportamental com foco em fortalecer a cultura do desempenho e dos resultados. Os modelos explicitam a intenção de que os comportamentos advindos do desenvolvimento das competências se incorporem à cultura organizacional; assim, recompensa monetária seria originária das metas atingidas. Os autores observaram que existe um descompasso entre o que está definido como estratégia organizacional e a verdadeira funcionalidade no gerenciamento de recursos humanos; já as remunerações não reconhecem efetivamente as competências como parte do processo de valorização dos indivíduos. Os autores concluíram que a complexidade do modelo de gestão de competências leva tempo (em média dois anos) e é necessária uma mudança cultural para a sua implantação. Teoricamente, o conceito de competência está em construção e na prática não traz respostas definitivas; eles acham que o modelo pode abrir caminhos e conquistas e por outro lado, as competências poderão se tornar elementos excludentes ou que ampliem a distância do saber fazer por parte dos empregados, daí ser merecedor de muita reflexão por parte das empresas para implantação do modelo de competência.

Vieira e Luz (2005), chegaram a conclusões semelhantes às de Barbosa e Rodrigues (2005), ou seja, que os certificados neste contexto seriam necessários,

porém insuficientes. O saber fazer passaria a ter importância superior aos saberes prescritos. Passa-se, então, a valorizar as metodologias que privilegiam os saberes tácitos dos trabalhadores, a sua capacidade para enfrentar e resolver problemas com sucesso em situações de incerteza. E é essa imprevisibilidade que diferencia a competência do conceito tradicional de qualificação, sendo ela o fator crítico, intangível e o mais difícil de definir, na caracterização de competência. As autoras concluíram que os diplomas e certificados perdem seu prestígio se não forem complementados pela experiência, que, em geral, é mais importante do que a formação acadêmica. Como consequência da perda de prestígio dos diplomas ocorre o exercício de carreiras sem um direcionamento definido das profissões e ocupações, sendo inúmeros os casos em que as pessoas ocupam posições que nada têm a ver com a formação recebida. Sendo assim, debilita-se o comprometimento do trabalhador com os valores profissionais e desaparece a solidariedade à categoria, favorecendo o estabelecimento de relações de trabalho individualizadas. Nestas, a negociação do salário passa a ter caráter personalizado, assim como os processos de formação, ambos estabelecidos de comum acordo, principalmente a partir da discussão acerca da empregabilidade. A permanência na organização e no próprio mercado de trabalho passa a ser de responsabilidade do trabalhador, precisando assim manter-se sempre atualizado e competente. As empresas já não mais oferecem garantias de permanência no emprego e passam a dividir com os empregados o ônus do desenvolvimento de suas competências (VIEIRA; LUZ, 2005).

Vieira e Luz (2005) acreditam que um dos caminhos para o engajamento dos indivíduos nas relações sociais e de trabalho é a revalorização da dimensão social de competência, tratando-se, conforme aponta Deluiz (1995), do desenvolvimento da competência política, por meio de um processo de formação que proponha ao mesmo tempo a expansão das potencialidades humanas e sua emancipação individual e coletiva.

Nesse sentido, o modelo de competência profissional desenvolvido por Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000), adaptado e utilizado por Paiva (2007), permite examinar como os profissionais operam em sua prática, como as pessoas reconhecem a sua competência profissional e como elas adquirem tais competências. Em seu modelo

teórico, os autores buscam integrar várias abordagens:

Prático-reflexivo – cujo foco dá ênfase à teoria e ao conhecimento tácito e na sua aplicação, percebendo a reflexão como ferramenta-chave para o desenvolvimento e a prática profissional;

Técnica-racional – a qual dá ênfase à teoria e ao conhecimento acadêmico-profissional como uma base para a aplicação prática;

Competência funcional – tipicamente envolta com padrões profissionais, enfatizando tarefas a serem desempenhadas e habilidades funcionais;

Competência pessoal – a qual enfoca, primordialmente, atributos pessoais requeridos para uma performance efetiva; e

Meta-competência – a qual destaca a relevância das competências que capacitam os indivíduos a controlar, desenvolver e, mesmo, mediar outras competências. (PAIVA, 2007, p. 42).

Esse modelo, segundo os autores, considera aspectos processuais e dinâmicos, assim como individuais, coletivos e sociais, além de atentar para macrorresultados (da atividade profissional), microrresultados (de atividades específicas) e resultados parciais (de uma atividade específica). O modelo contém quatro componentes da competência profissional: a cognitiva; a funcional; a comportamental ou pessoal; e a ética. A estas quatro, Paiva (2007) acrescentou a competência política. Tais competências são descritas pela autora da seguinte forma:

- **Competência cognitiva / conhecimento** – competência técnica / teórica / especialista (conhecimento formal base de profissão); conhecimento tácito / prático (dificuldade de articular ou passar, sempre ligado com a performance de funções particulares); conhecimento processual (rotinas básicas – como, o quê, quem, quando etc); conhecimento contextual (organização, setor, geografia, base, de clientes etc) e aplicação de conhecimento (habilidades de síntese, transferência e conceituação) (PAIVA, 2007, p. 43);
- **Competência funcional** – específica da ocupação (conjunto de funções específicas da profissão); processual / organizacional / administrativa (planejamento, monitoramento, implementação delegação, evolução, administração do próprio tempo etc); mental (capacidade de ler / escrever, de operar com números de diagnosticar, habilidades em tecnologia de informação etc); e física (coordenação, destreza manual, habilidades de digitação etc.) (PAIVA, 2007, p. 43);
- **Competência comportamental ou pessoal** – social / vocacional (autoconfiança, persistência, controle emocional e de estresse, habilidades de escuta e interpessoais, empatia, foco em tarefa etc.) (PAIVA, 2007, p. 43);
- **Competência ética / valores** – pessoal (aderência à lei e aos códigos morais ou religiosos, sensibilidade para necessidades e valores de

terceiros etc); e profissional (adoção de atitudes apropriadas, adesão a códigos profissionais de conduta, auto-regulação, sensibilidade ambiental, foco em cliente, julgamento ético, reconhecimento dos limites da própria competência, dever em manter-se atualizado e em ajudar no desenvolvimento de neófitos na profissão, julgamentos sobre os colegas etc) (PAIVA, 2007, p. 43);

- **Competência política** – pessoal (percepção acerca das políticas inerentes às organizações, daqueles relacionados às pessoas individualmente e dos derivados dos interesses particulares do profissional etc.); profissional (adoção de comportamentos apropriados à manutenção do profissionalismo etc.); organizacional (ações voltadas para o domínio ou fluência nas fontes estruturais e normativas de poder na organização onde desenvolve suas atividades produtivas etc.); e social (ações voltadas para o domínio ou fluência nas fontes pessoais, relacionais e afetivas de poder etc). (PAIVA, 2007, p. 46).

A FIG. 1 ilustra o modelo de competência profissional usado por Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000), no qual foi acrescentada por Paiva (2007) a competência política. A figura ilustra o resultado final da interação dessas competências, o que acontece o tempo todo no cotidiano dentro (e fora) do ambiente de trabalho, tendo em vista que sua “reflexão” sobre os resultados observáveis ocorre, de fato, sobre e na ação, sendo esta ação compreendida como todos seus esforços, sua conduta e comportamentos passíveis de avaliação. Tal reflexão é o que retroalimenta (*feedback*) o processo contínuo de formação e desenvolvimento das competências, por meio de um redimensionamento tanto das componentes da competência profissional, como da própria forma de externalizá-las, via metacompetências.

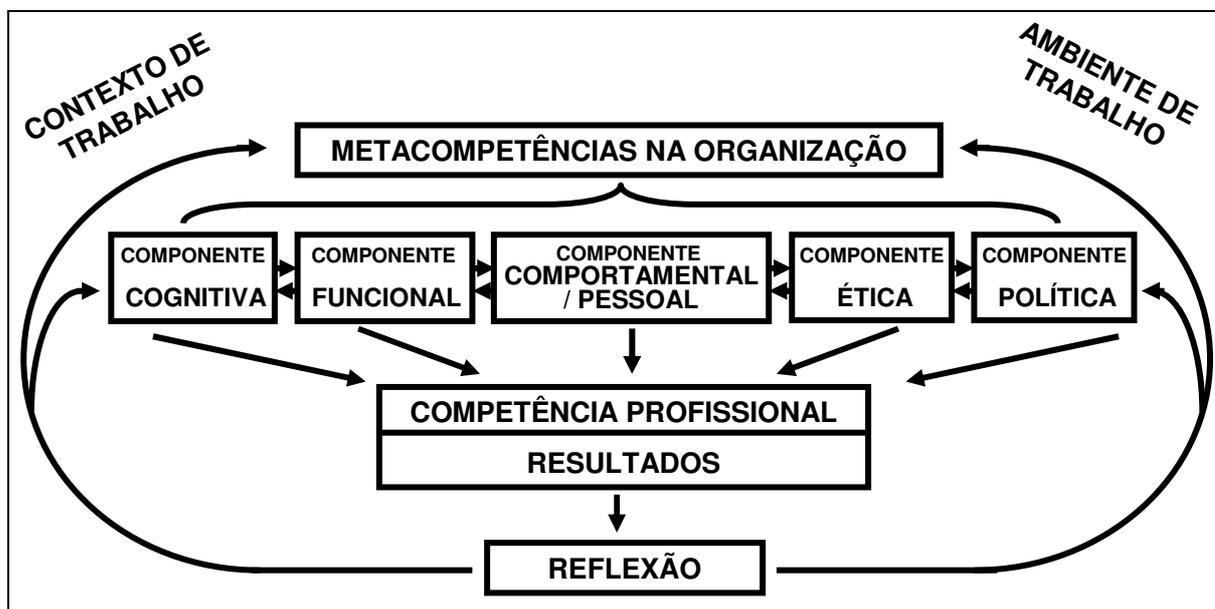


Figura 1 – Modelo de Competência Profissional de Paiva (2007)

Fonte: Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) Adaptado por PAIVA, 2007, p. 45.

Apesar das várias perspectivas de análise de competências profissionais e de gestão discutidas no referencial teórico desta pesquisa, optou-se pelo modelo adaptado de Paiva (2007), tendo em vista sua adequação aos objetivos propostos, já que ele considera o sujeito e outros atores sociais relevantes para a legitimação das suas competências profissionais. O mais importante é que o modelo não apresenta um conjunto específico de competências para todo e qualquer profissional, mas componentes que podem ser externalizadas, individual ou concomitantemente, a partir de comportamentos distintos, os quais podem ou não ser considerados “competentes”. Como o alvo da pesquisa empírica foi a competência profissional de enfermeiras que exercem função gerencial (seu contexto de trabalho²) em um hospital público (seu ambiente de trabalho³), percebe-se a utilidade desse modelo e torna-se imprescindível aprofundar a discussão das competências profissionais nesse nível hierárquico, ou seja, refletir sobre as

² Cheetham e Chivers (1998, p. 273, citados por PAIVA, 2007, p. 44) conceituam contexto de trabalho como “a situação particular na qual um profissional é requisitado a operar”.

³ Cheetham e Chivers (1998, p. 273, citados por PAIVA, 2007, p. 44) conceituam ambiente de trabalho como “as condições físicas, culturais e sociais que envolvem um indivíduo no trabalho”.

competências gerenciais.

2.2.1. Competências gerenciais

Atualmente, as organizações brasileiras têm muitas dificuldades em alcançar resultados satisfatórios, sendo necessário pensar em projetos e mudanças. Essas dificuldades vão desde a inadequação dos programas adotados até a falta de “qualificação” da mão de obra. As empresas que têm trabalhado com essa “nova forma de pensar” – um modelo de gestão pautado em competências profissionais - e atuar percebem a necessidade de adotar estratégias e métodos de mudança, fixam os seus objetivos e metas, têm iniciativas de formação e treinamento para então conseguirem o desenvolvimento de novas competências gerenciais (RUAS, 2001).

O que se percebe é que nem sempre as iniciativas de formação e treinamento contribuem decisivamente para o desenvolvimento de competências, pois esse tipo de programa desenvolve, em geral, a qualificação, ou melhor, os recursos ou potenciais para a construção das competências, mas não as competências propriamente ditas.

Acredita-se que as pessoas são o capital intangível das empresas e que seu perfil deve estar afinado com as competências e as estratégias que as organizações selecionam para competir no mercado (LUZ, 2001, p. 14)

Anteriormente era exigido dos gerentes o “diploma” para que assim conseguissem supervisionar um grupo de trabalhadores, pautados no conceito de qualificação. Vieira e Luz (2005) consideram que o conceito de qualificação surgiu a partir de lutas políticas e ideológicas, em uma época em que os movimentos sindicais estavam muito presentes nas lutas de classes, tendo-se consolidado na sociologia, vinculado a práticas educativas que ajudavam a legitimar o estatuto do trabalho qualificado. Já o conceito de competência, como esclarece Hirata (1994), foi adotado nos anos 90, pelo meio empresarial francês, como forma de contraposição a um tipo de sistema de relações e de classificação profissionais, fundado na noção de tarefa e de cargo (o taylorista-fordista). Sendo assim, o conceito de competência tem raízes nas ciências cognitivas que se utilizam do referencial psicológico para compreender e interpretar as práticas sociais.

Segundo Ruas (2001), com o novo contexto de competição global, passou-se a exigir das empresas mudanças que tratam da necessidade de redimensionar, nessa transição, as competências individuais da organização e, mais particularmente, as competências gerenciais. Surgiu, então, a necessidade de “internalizar” estratégias associando-as à competência de seu grupo gerencial no domínio da aprendizagem destes novos métodos. Paiva (2007) concorda com Ruas (2001) ao escrever que a capacitação e o treinamento são importantes, mas muitas vezes não se consegue colocar em prática na organização os conhecimentos adquiridos nos momentos de aprendizagem, não se observando o exercício efetivo ou a concretização da competência.

Percebe-se que muitas vezes as empresas não conseguem fazer interações, ficando de um lado as pessoas, com seus saberes e capacidades e, de outro, as organizações e suas demandas. Nota-se que muitas vezes os gerentes saem de seus locais de trabalho para fazerem treinamentos e quando retornam não conseguem associar a teoria aprendida com as necessidades do seu ambiente de trabalho. Somente a teoria não basta para o alcance de seus objetivos, são necessários os conhecimentos tácitos.

Em seu modelo teórico, Cheetham & Chivers (1988) descrevem como uma das abordagens da competência profissional a do prático reflexivo cujo foco concentra-se no conhecimento tácito e na sua aplicação, percebendo a reflexão como ferramenta-chave para o desenvolvimento e a prática profissional (PAIVA, 2007, p. 42).

Quinn *et al* (2003) utilizam um arcabouço teórico a que deram o nome de “quadro de valores competitivos”, no qual são incluídas duas categorias de dimensões chaves para se compreender os modelos de gestão: a flexibilidade e a estabilidade (na vertical); e as dimensões externa e interna (na horizontal). Os gerentes têm que se capazes de operar em todos os quadrantes, em oito papéis diferenciados, cada um deles composto por três competências diferentes, conforme FIG. 2.



Figura 2 – As competências e papéis dos gestores no quadro de valores competitivos

Fonte: QUINN *et al*, 2003, p. 17.

No quadrante 1 (superior, à direita), tem-se a flexibilidade com foco externo; no quadrante 2 (superior, à esquerda), a flexibilidade com foco interno; o quadrante 3 (inferior, à esquerda) mescla estabilidade e foco interno; e no quadrante 4 (inferior, à direita) estabilidade com foco externo. Os autores escrevem que “os modelos representam os valores invisíveis pelos quais pessoas, programas, políticos e organizações, vivem e morrem” e que serão detalhados a seguir.

Conforme visualizado na FIG. 2, Quinn *et al* (2003) abordam quatro modelos de organização. Espera-se que os gestores organizacionais realizem oito desses papéis gerenciais efetivos, a saber: inovador, avaliador, produtor, coordenador, diretor, monitor, facilitador e mentor. O quadro de valores competitivos esclarece sobre a organização do trabalho gerencial, explicando a tendência das pessoas diante dos valores e teorias e demonstra os seus contrastes. No modelo de metas racionais, o gerente tem funções produtivas indispensáveis, e pode desempenhar os papéis de diretor e produtor. Como diretor, o gestor deve desenvolver e comunicar sua visão, estabelecer metas e objetivos, planejar e organizar. Como produtor, ele

deve ser orientado para as tarefas, e espera-se que exiba alto grau de interesse, motivação, energia e ímpeto pessoal (QUINN *et al*, 2003)

No modelo de relações humanas, o gestor pode desenvolver o papel de mentor e facilitador. Como facilitador, ele deverá estimular os esforços coletivos, desenvolver a coesão e o trabalho em equipe e também administrar conflitos interpessoais. Como mentor, ele deverá dedicar-se ao desenvolvimento pessoal das pessoas, utilizando orientação e empatia (QUINN *et al*, 2003)

No modelo de processos internos, os gerentes têm a função de estabilizar e organizar, e podem desempenhar os papéis de monitor e de coordenador. Como monitor, ele terá obrigação de ser capaz de monitorar o desempenho individual do funcionário, gerenciar o desempenho do processo coletivo, analisar as informações com pensamento crítico. Como coordenador, ele deverá gerenciar projetos, planejar o trabalho e realizar gerenciamento multidisciplinar (QUINN *et al*, 2003)

Por fim, no modelo de sistemas abertos, os gestores executam papéis de inovador e de negociador. Já como negociador, ele constitui e sustenta uma base com a finalidade de negociar acordos e compromissos, e apresenta suas idéias. Este modelo permite que a organização desenvolva e adquira novos recursos (QUINN *et al.*, 2003)

Quinn *et al.* (2003) discorre ainda que, apesar de desenvolver os oito papéis gerenciais, o gerente precisa compreender e enxergar uma situação, lançando mão de competências consideradas antagônicas. O caminho para a competência em determinada atividade é um processo de aprendizado que se alcança com o passar do tempo.

O gerente experiente, chamado de “perito” pelos autores, consegue revezar-se em muitos papéis conforme a necessidade da situação, implicando a utilização de competências específicas, melhor visualizadas no QUADRO 3.

PAPEL	COMPETÊNCIAS-CHAVE
Papel de mentor	1. Compreensão de si mesmo e dos outros 2. Comunicação eficaz 3. Desenvolvimento dos empregados
Papel de facilitador	1. Construção de equipes 2. Uso do processo decisório participativo 3. Administração de conflitos
Papel de monitor	1. Monitoramento do desempenho individual 2. Gerenciamento do desempenho e processos coletivos 3. Análise de informações com pensamento crítico
Papel de coordenador	1. Gerenciamento de projetos 2. Planejamento do trabalho 3. Gerenciamento multidisciplinar
Papel de diretor	1. Desenvolvimento e comunicação de uma visão 2. Estabelecimento de metas e objetivos 3. Planejamento e organização
Papel de produtor	1. Trabalho produtivo 2. Fomento de um ambiente de trabalho produtivo 3. Gerenciamento do tempo e do estresse
Papel de negociador	1. Construção e manutenção de uma base de poder 2. Negociação de acordos e compromissos 3. Apresentação de idéias
Papel de inovador	1. Convívio com a mudança 2. Pensamento criativo 3. Gerenciamento da mudança

Quadro 3 – Os oito papéis gerenciais e suas respectivas competências-chave.

Fonte: QUINN *et al.*, 2003, p. 25.

Assim, para transformar-se em um gerente competente é preciso ir além das competências dos oito papéis, individualmente, e ser capaz de misturar e harmonizar tais papéis frente às demandas da situação (QUINN *et al.*, 2003). No caso específico da enfermagem, os autores apresentados no próximo item merecem atenção quanto às especificidades dessa profissão.

2.2.2 Competências na enfermagem

Silva e Sena (2008) relatam que, no início do século XXI, o Brasil foi marcado pelo movimento de construção de novos paradigmas do processo saúde-doença, fruto da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS); o que repercutiu na organização dos serviços de saúde, nas concepções de promoção à saúde, na prevenção de agravos e tratamento. As mudanças de paradigmas e na organização tecnoassistencial em saúde incidem, também, no modelo de formação dos profissionais de saúde, inclusive os de enfermagem.

A formação da enfermeira tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais, de acordo com a Resolução CNE/CES nº 3/2001 (CNE, 2001): atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação, liderança, administração e gerenciamento; educação permanente; além disso, são dispostas 33 competências e habilidades específicas nessa resolução. Uma das competências específicas descritas encontra eco na competência política citada por Paiva (2007), a saber: “compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais”.

As Diretrizes Curriculares que entraram em vigor no ano de 2001 (CNE, 2001) têm como objetivo aproximar a academia dos serviços de saúde, sobretudo do SUS, visando a integração desses dois campos de saberes. Silva e Sena (2008) escrevem sobre essa integração, no sentido de que a mudança na formação da enfermeira requer a atuação em coletivos capazes de incidir sobre as políticas públicas.

A integralidade na saúde é definida como um dos princípios do SUS, orientando as políticas públicas.

A prática da enfermagem, inserida no contexto das práticas em saúde, enfrenta o desafio cotidiano de imprimir uma nova lógica à organização do trabalho, configurando um agir pautado na integralidade e, nesse sentido, a formação dos enfermeiros também se apresenta como um campo em que a integralidade é premissa para a reorganização das práticas, uma vez que determina a aquisição de competências e habilidades para a prática profissional. (SILVA; SENA, 2008, p. 3).

Silva e Sena (2008) percebem que a implantação das DCN tem ainda papel importante de redirecionar a formação dos profissionais de enfermagem, estabelecendo um marco estruturante na construção de um novo paradigma para a educação em enfermagem.

A formação da enfermeira após a Reforma Sanitária trouxe discussões importantes para o exercício profissional. Segundo Almeida (1986), deverão ser desenvolvidas duas competências: a competência técnico-científica e administrativa, tendo em vista que no processo de saúde e doença o objeto de trabalho da enfermagem passa pela assistência de enfermagem e se estende à organização do processo de trabalho em enfermagem, que lhe possibilite o bom gerenciamento da assistência prestada; e a

competência política, devendo ser considerada nos seguintes aspectos:

- que saúde não é somente possibilitar acesso aos serviços de saúde, mas é um processo mais amplo que inclui condições de vida como trabalho, alimentação, transporte, educação, renda, lazer, etc...;
- que saúde é um direito de todo indivíduo, e que o estado é responsável pela sua garantia;
- que a função da enfermeira não é só assistencial, mas tem um forte componente de ação transformadora da realidade econômica e política em que atua;
- que é necessária sua participação com as outras categorias de enfermagem e outros profissionais de saúde para entender as práticas sanitárias e propor mudanças no setor;
- que o conhecimento em saúde não é monopólio de determinadas categorias profissionais, mas deve ser estendido ao pessoal auxiliar e à comunidade;
- que a enfermeira tem grande responsabilidade no treinamento e capacitação do pessoal auxiliar de enfermagem, na garantia da qualidade da assistência;
- que o ensino de enfermagem deve se preocupar com a garantia da integração docente-assistencial, ampliando os campos de estágio para além dos hospitais de ensino tradicionais, com presença nos órgãos de decisão das políticas de saúde, tanto a nível local quanto regional;
- que na formação da enfermeira, as questões relativas às condições de trabalho devem ser tratadas de acordo com o registrado no Tema dois do Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde: remuneração condigna, isonomia salarial, estabelecimento de cargos e salários, criação de carreiras não só para médicos, mas também para os demais profissionais, admissão através de concurso público e estabilidade no emprego, composição multiprofissional das equipes e compromisso dos servidores com os usuários (ALMEIDA, 1986, p.509)

A autora entende que a competência política permitirá ao estudante de enfermagem o desenvolvimento, ao longo da sua formação, de uma consciência crítica, facilitando sua ação transformadora na prática sanitária (ALMEIDA, 1986). Esse aspecto tem relação direta com as componentes política e ética do modelo de Paiva (2007), o qual foi adotado como modelo-base para a análise dos dados da pesquisa empírica realizada para fins dessa dissertação. Note-se ainda que as contribuições de Almeida (1986) são anteriores às diretrizes curriculares atuais do curso de graduação em Enfermagem, as quais exprimem as competências gerais e específicas da profissão, conforme já mencionado.

Peres, Ciampone (2006) consideram que, na área da enfermagem, o gerenciamento foi historicamente incorporado como função do enfermeiro, tendo esses profissionais um preparo “mínimo” para exercer essa função. Dentre os atuais gerentes de serviços de saúde, um pequeno percentual se especializa em gestão. Para o desenvolvimento da competência de administração e gerenciamento são considerados indispensáveis o conjunto de conhecimentos identificados para planejar, tomar decisões, interagir e gerir pessoas. Rothbarth; Wolff; Peres (2009) concordam com Peres; Ciampone (2006) quando dizem que o gerenciamento de enfermagem foi incorporado como função do enfermeiro e completam que a ação de gerenciamento dos serviços de enfermagem é privativa do enfermeiro, inclusive legalmente. Assim, são privativos da enfermeira: a direção dos órgãos de enfermagem das instituições de saúde públicas e privadas, a chefia de serviço e de unidades de enfermagem, a organização e a direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços, bem como o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem. Segundo os autores, para o desenvolvimento de todas essas atividades, é importante que o profissional seja competente, ou seja, que tenha conhecimentos, habilidades e atitudes, que o ajudem no desempenho das suas funções,

... é necessário que esse profissional seja competente para tal, ou seja, tenha conhecimentos, habilidades e atitudes que, quando mobilizados ajudem-no a desempenhar bem as suas funções (ROTHBARTH, WOLFF E PERES, 2009, p. 322)

Rothbarth, Wolff e Peres (2009) consideram ainda que, durante a formação acadêmica, os alunos cursam a disciplina de Administração aplicada à Enfermagem, que deve preparar os futuros profissionais para a atuação gerencial, oferecendo-lhes possibilidades de se desenvolverem do ponto de vista teórico, como oportunidades para o exercício prático, que devem ter para a aquisição e desenvolvimento das competências gerenciais. No entanto, os graduandos não desenvolvem plenamente essas competências durante a formação. Sanches, Christovam e Silvino (2006) concordam com Rothbarth, Wolff e Peres (2009) e completam que estudos têm mostrado que o conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de trabalho gerencial é ainda incipiente, diante de sua importância e complexidade.

As competências gerenciais a serem desenvolvidas podem ser conceituadas como

conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitam que a enfermeira e a sua equipe exerçam seu trabalho na busca de resultados eficientes (CUNHA; NETO, 2006).

Da enfermeira são exigidos conhecimento (que conheça o que faz), habilidades (que faça corretamente) e que tenha atitudes adequadas para desempenhar seu papel, objetivando resultados positivos (CUNHA; NETO, 2006, p. 481). O desenvolvimento da competência de administração e gerenciamento no trabalho da enfermeira é definido nas Diretrizes Curriculares Nacionais como uma ferramenta indispensável que o auxilia em seu cotidiano,

... os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e a administração, tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (BRASIL, 2001, p.37).

O desenvolvimento das competências e habilidades específicas necessárias para a área de administração e processo gerencial em enfermagem ocorre durante o processo de formação, sendo permanentemente construídas ao vivenciar situações novas no seu cotidiano de trabalho.

O gerenciamento em Enfermagem, seja em instituições hospitalares, seja no âmbito da saúde coletiva, constitui-se de atividade complexa e polêmica visto que, cada vez mais, exige dos profissionais competências (cognitivas, técnicas e atitudinais) na implementação de estratégias adequadas às atuais tendências administrativas contemporâneas que convergem para os anseios da organização e de seus gestores (JORGE *et al*, 2007).

Diante das referências conceituais e dos objetivos de pesquisa delineados na introdução desta dissertação, são apresentados, no capítulo seguinte, os detalhes do percurso metodológico.

3 METODOLOGIA

A metodologia foi descrita nesta seqüência: caracterização da pesquisa, unidades de análise e observação, coleta de dados, análise de dados e aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

3.1 Caracterização da pesquisa

A pesquisa realizada pode ser caracterizada como descritiva, de campo, nos moldes de um estudo de caso, com abordagem qualitativa.

Segundo Vergara (2003), a pesquisa descritiva pode estabelecer correlações entre variáveis e sua natureza, serve como base para explicação de fenômenos, embora não tenha compromisso de explicar os fenômenos que descreve.

O estudo de caso se concentra em um único caso, o hospital foi pesquisado no período de abril a junho de 2010. Esse tipo de pesquisa expõe características de uma população definida ou de determinado fenômeno (VERGARA, 2003).

A pesquisa utilizou de abordagem qualitativa, que enfatiza as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser.

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).

A abordagem qualitativa busca a riqueza dos dados, permite ver o fenômeno na sua totalidade e facilita a exploração de contradições.

3.2 Unidades de observação e análise

As unidades de observação e de análise coincidem na pesquisa: são as enfermeiras gerentes do Hospital Governador Israel Pinheiro. Os sujeitos foram selecionados por acessibilidade, conforme permissão da instituição e sua disponibilidade para conceder a entrevista após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

3.3 Coleta dos dados

A coleta de dados teve início após aprovação do projeto pelo CEP/HGIP (Protocolo nº 362/09) e a autorização do entrevistado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). A coleta de dados foi realizada em duas fases, sendo a primeira com levantamento documental do hospital.

Na segunda fase da coleta, foram realizadas entrevistas com roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A). Um roteiro semi-estruturado é montado com perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista; mas o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento (LAVILLE; DIONNE 1999, p.188).

Para tanto, das 16 enfermeiras gestoras do hospital foram entrevistadas 15, sendo que foi excluída uma enfermeira que estava de licença saúde. As entrevistas foram devidamente gravadas e transcritas na íntegra.

Para Bourdieu (1997), a melhor maneira de explorar a relação de comunicação de um objeto de estudo decorre da interação entre o pesquisado e o pesquisador. Ele entende que a pesquisa tenha por finalidade a obtenção de conhecimentos, mas ela também é uma relação social que exerce efeitos sobre os resultados obtidos, pois todo tipo de distorções é inerente à estrutura da pesquisa. Bourdieu (1997) afirma que o pesquisador deve se esforçar para reduzir ao máximo os efeitos das distorções geradas na pesquisa. A escuta ativa e metódica, a disponibilidade total e

a adoção da linguagem do pesquisado são posturas de redução das distorções. O pesquisador deve também agir sobre a estrutura da relação escolhendo as pessoas interrogadas. Essa proximidade social é benéfica, pois o interrogador consegue extrair do interrogado sua subjetividade e estabelece um acordo sobre os pressupostos do conteúdo da pesquisa.

Assim, a entrevista é um momento riquíssimo, no qual a ação de entrevistar requer do pesquisador inventividade, formulações e testes de hipóteses, criação de conceitos, construções teóricas. Ela depende diretamente do referencial teórico construído para o objeto de estudo (MACHADO, 2002).

3.4 Análise dos dados

Os dados secundários provenientes do levantamento documental foram submetidos a análise documental. Os dados primários coletados por meio das entrevistas foram analisados por meio de análise de conteúdo.

De acordo com Bardin (1997, p. 38) “A análise de conteúdo pode ser considerada como um conjunto de técnicas de análises de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção das mensagens, inferência esta que recorre a indicadores, quantitativos ou não.

Para operacionalizá-la, os dados qualitativos foram trabalhados em três etapas, conforme Melo *et al* (2007). A primeira etapa é a preparação dos dados, na qual cada entrevista é transcrita na íntegra em arquivos de textos separados por entrevista, fazendo-se uma diferenciação entre as falas do entrevistador, suas perguntas e comentários, e as respostas do entrevistado. No caso desta pesquisa, foram estabelecidos padrões determinados em termos de formato (tamanho de letra, espaçamento entre linhas etc.), de modo a facilitar seu manuseio quando das fases de análise seguintes.

A tabulação quantitativa é a segunda fase descrita por Melo *et al* (2007, p. 70) e se baseia na descrição das respostas com auxílio de tabelas que permitem uma visão “ampla, quantificada e resumida” dos dados das entrevistas.

A partir dessa técnica, pode-se transformar números absolutos em relativos, ou melhor, dependendo do número de entrevistas e da repetitividade do conteúdo dos relatos dos entrevistados, é possível trabalhar com totais absolutos e percentuais dentre os entrevistados que responderam às questões do roteiro de maneira semelhante. Concorda-se com Bardin (2009, p. 142), quando ela afirma que “a análise qualitativa não rejeita toda e qualquer forma de quantificação”. Dado que foram realizadas 15 entrevistas, optou-se por trabalhar apenas com os números absolutos, tendo o cuidado de não correr o risco de distorção de percepção quanto à sua representatividade no total de sujeitos abordados. Concluindo,

[...] o que caracteriza a análise qualitativa é o facto de a “inferência – sempre que é realizada – ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem, etc!), e não sobre a frequência da sua aparição, em cada comunicação individual (BARDIN, 2009, p.142)

Desse modo, esta etapa coloca em cheque “a crença sociológica na significação da regularidade. O acontecimento, o acidente e a raridade possuem, por vezes, um sentido muito forte que não deve ser abafado” (BARDIN, 2009, p.143).

Na última fase, realiza-se a análise ou categorização temática, a qual é possível a partir de,

releituras de todas as entrevistas e da extração de temas e idéias que muitas vezes extrapolam o roteiro e se manifestam como alvo de preocupação dos entrevistados merecendo destaque e possibilitando a construção de uma planilha temática (MELO *et al.*, 2007, p. 70).

Esta última fase deu origem a uma tabela, apresentada e analisada em separado no final capítulo seguinte, tendo em vista considerar-se a importância da “voz” do entrevistado numa pesquisa de abordagem qualitativa como a aqui desenvolvida. Convém esclarecer que a segunda e a terceira fases baseiam-se em critérios de repetição e relevância (MELO *et al.*, 2007), por meio dos quais são evidenciadas as

recursividades nos relatos dos entrevistados e, daí, a essência do fenômeno que se propôs investigar.

3.5 Questões Éticas

É importante ressaltar o conhecimento e o cumprimento dos requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares, tendo sido a pesquisa aprovada por meio do protocolo nº 362/09 do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital (CEP/HGIP).

As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e foi assegurado o sigilo sobre a participação dos sujeitos. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação, independentemente de seu teor, e serão destruídos após o término da pesquisa.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por objetivo apresentar, discutir e analisar os resultados desta pesquisa. Os dados coletados e sua análise foram subdivididos em dois itens, sendo que, no primeiro, estão os dados oriundos do questionário e, no segundo, os provenientes das entrevistas.

4.1 O hospital abordado

Em setembro de 2008, quando da implementação da atual estrutura organizacional do HGIP, foram compostos os seguintes departamentos: Departamento de Unidades de Internação (DEUNI), Departamento de Unidades Críticas (DEUNC), Departamento de Diagnóstico e Tratamento (DEDT) (diagnósticos e tratamento), Departamento de Suprimentos e Logística (DESUL), Departamento Administrativo e Financeiro e Departamento Ambulatorial (DEAMB), sendo que este último não fez parte deste estudo.

A Gerência Hospitalar é formada pelos gerentes “médico”, “de enfermagem” e “administrativo”, e tem como subordinados os departamentos apresentados a seguir:

- Departamento de Unidades de Internação, formado pelos gerentes médico, enfermeiro e administrativo. As unidades subordinadas a ele são: Setor de Internação e SAME, Administração da Oftalmologia, Clínicas Médicas, Clínicas Cirúrgicas e Educação Continuada;
- Departamento de Unidades Críticas, formado pelos gerentes médico, enfermeiro e administrativo. As unidades subordinadas a ele são: Bloco Cirúrgico, Bloco Obstétrico, Hospital Dia, Centro de Terapia Intensiva Adulto, Centro de Terapia Intensiva Infantil e Serviço Médico de Urgência;
- Departamento de Diagnóstico e Tratamento, formado pelos gerentes médico, enfermeiro e administrativo. As unidades subordinadas a ele são: Serviço de Nutrição e Dietética, setor de Diagnóstico por Imagem (Ultra

Som, RX, Tomografia Computadorizada e Ecocardiograma), setor de Registros Gráficos: (Holter, Eletrocardiograma e Teste Ergométrico), Endoscopia, Nefrologia, Quimioterapia e Laboratório;

- Departamento de Suprimentos e Logística, formado por dois gerentes administrativos. As unidades subordinadas a ele são: Almoxarifados (Material Médico Hospitalar, Material de Manutenção e Medicamentos), Rouparia / Costura, Portaria / Transporte / Telefonia, Limpeza e Higienização / Protocolo, Manutenção de Equipamentos Hospitalares, Drogaria, Farmácia, Manutenção Predial, Padronização de Material / Recursos Materiais e Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Departamento Administrativo Financeiro, formado por dois gerentes administrativos. As unidades subordinadas a ele são: Contabilidade / Orçamento / Custos / Estatística, Faturamento / Contratos / Pró-labore, Controle e Apuração de Frequência, Controle de Pagamento / Tesouraria, Patrimônio, Compras.

A seguir, são apontados aspectos formais da gerência de responsabilidade da enfermeira no HGIP.

4.1.1. Aspectos formais da enfermeira gerente no HGIP

Abaixo estão descritas as finalidades dos Departamentos Assistenciais subordinados à Gerência Hospitalar e as competências gerais do cargo da enfermeira gerente.

O Departamento de Unidades de Internação tem por finalidade promover a gestão técnico-operacional das unidades que desenvolvem atividades médicas, cirúrgicas, de enfermagem, de medicina preventiva, de ensino e pesquisa no âmbito próprio. Compete às enfermeiras gestoras do Departamento: organizar, coordenar, dirigir e avaliar as atividades de enfermagem das clínicas médicas, geral, especializada e cirúrgica, assegurando uma assistência em nível secundário e terciário ao beneficiário do IPSEMG.

O Departamento de Diagnóstico e Tratamento tem por finalidade promover a gestão técnico-operacional dos setores a ele subordinados, envolvidos em atividades de procedimentos diagnósticos, de tratamentos complementares e de nutrição de pacientes no âmbito da Gerência Hospitalar. Compete às enfermeiras gestoras do Departamento: planejar, coordenar e controlar as atividades de enfermagem nos setores de diagnóstico por imagem, registros gráficos, laboratoriais e endoscópicos. O Departamento de Unidades Críticas tem por finalidade promover a gestão técnico-operacional do Serviço Médico de Urgência, Centros de Tratamento Intensivo, Bloco Cirúrgico, Centro Obstétrico e Hospital Dia Cirúrgico. Compete às enfermeiras gestoras do Departamento: planejar, coordenar e controlar as atividades de enfermagem das unidades críticas.

4.2 Dados das entrevistas

Após assinatura do TCLE e preenchimento do formulário de identificação, as entrevistadas foram perguntadas sobre o que é ser um gestor de uma forma geral; o que é ser gestor neste hospital; que particularidades ele percebe nesta nova proposta de estrutura organizacional com a gestão do enfermeiro compartilhada com mais dois profissionais; o que é ser uma profissional competente nos dias de hoje; especificamente, o que é ser um enfermeira competente; o que é ser uma enfermeira-gerente competente; o que ela faz para ser um enfermeira-gerente competente; quais as suas dificuldades nesse sentido; se o hospital contribui neste sentido (se sim, como); como ela acha que as enfermeiras gerentes se veem dentro do hospital; como ela acha que os outros membros da equipe veem a enfermeira gerente do hospital; voltando-se para o lado gerencial, que dificuldades ou pontos (ou aspectos) negativos ela enfrenta nessa função; e as facilidades, ou pontos positivos; que desafios ela percebe no seu dia-a-dia no que tange ao exercício da função gerencial neste hospital; como é seu relacionamento com os demais membros da equipe, com os seus subordinados, com os seus superiores e com os demais gerentes dos outros departamentos ou unidades; enquanto gestora, como ela percebe o trato com profissionais com vínculos de trabalho diferentes no interior

do hospital; e finalmente, diante das perguntas colocadas, se ela gostaria de acrescentar algo que não foi questionado. A seguir, são apresentadas a descrição e a análise dos dados.

4.2.1 Dados demográficos das entrevistadas

Os dados demográficos e funcionais apontam para sujeitos com as seguintes características:

- a) todas as entrevistadas são do sexo feminino;
- b) oito das entrevistadas estão na faixa etária de 45 a 50 anos, três têm mais de 50 anos, duas estão na faixa de 31 a 35 anos e outras duas estão na faixa etária de 36 a 40 anos;
- c) seis das entrevistadas são solteiras, seis são casadas, duas são desquitadas, divorciadas ou separadas e uma encontra-se em união estável;
- d) 10 das entrevistadas têm o curso de especialização completa, duas têm o curso de ensino superior completo, duas têm o curso de mestrado completo e uma delas tem o curso de mestrado incompleto;
- e) nove das entrevistadas têm mais de 20 anos de formada, quatro têm de 11 a 15 anos de formada, uma tem de 16 a 20 anos de formada e uma tem de 6 a 10 anos de formada;
- f) oito das entrevistadas trabalham no hospital há mais de 20 anos, quatro delas de 6 a 10 anos e três delas de 16 a 20 anos;
- g) com relação ao cargo que ocupam neste hospital, uma das entrevistadas é gerente de enfermagem da Gerência Hospitalar, quatro são gerentes de enfermagem dos departamentos (DEUNI, DEUNC, DESUL, DEDT) e 10 enfermeiras exercem a função de gerentes de enfermagem de setores ligados a estes departamentos;
- h) nove das entrevistadas atuam neste cargo de 1 a 5 anos, duas delas há menos de 1 ano, duas delas há mais de 20 anos, uma delas de 6 a 10 anos, e uma delas de 11 a 15 anos;
- i) Com relação ao tempo de experiência na função gerencial, incluindo a atuação em outras organizações, quatro das entrevistadas têm de 1 a 5 anos, quatro têm de 11 a 15 anos, quatro têm de 16 a 20 anos, uma tem

menos de 1 ano, uma tem de 06 a 10 anos e outra tem mais de 20 anos de experiência na função gerencial; e,

- j) 10 das entrevistadas têm formação acadêmica em nível de pós graduação na área de gestão (quatro em administração hospitalar, três em auditoria, duas em administração em serviços de saúde e uma em MBA em excelência das organizações).

Os dados relativos à função gerencial e suas competências são detalhados a seguir.

4.2.2 Gerência e competências dos sujeitos entrevistados

No roteiro de entrevista constavam 17 perguntas, cujas respostas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009) em três etapas (MELO *et al.*, 2007), o que possibilitou a confecção de tabelas e o enquadramento das respostas de determinadas perguntas no modelo analítico adotado (PAIVA, 2007), ou seja, alinhando-se as componentes do modelo de competência a aspectos contidos nas falas dos entrevistados. Seguem, portanto, a apresentação e a análise dos dados coletados por meio das entrevistas.

Quando perguntadas sobre o que é ser um gestor, de modo geral, a maioria das entrevistadas apontou “coordenar as atividades” (6 delas), “implementar ações visando resultados (4 delas) e “gerir recursos humanos”, “gerir recursos materiais” e “ser líder” (3 delas, em cada um dos três últimos aspectos). Estas e as demais respostas das enfermeiras abordadas estão resumidas na TAB. 1, por meio da qual se pode também observar a preponderância das componentes Funcional (32 respostas), Comportamental (27 respostas) e Cognitiva (23 respostas). A componente Política foi identificada somente em 9 respostas e a Ética não foi observada.

Tabela 1 – Ser gestor, de modo geral, na percepção das entrevistadas

<i>continua</i>			
Respostas	Componentes da Competência Profissional	Entrevistadas	Total
Aspectos funcionais			
Coordenar as atividades	Cg, F, Cm	E1, E5, E6, E11, E13, E14	06
Implementar ações visando resultados	Cg, F, Cm	E6, E7, E8, E9	04
Gerir recursos de variadas ordens	F, Cm	E3, E4, E6	03
Materiais	F	E3, E4, E6	03
Humanos	F, Cm	E3, E4, E6	03
Físicos	F	E3, E4	02
Financeiros	F	E3	01
Ter conhecimento da administração pública	Cg,	E2, E7	02
Promover a sistematização do trabalho	Cg, F	E2	01
Implementar ações visando melhorias	Cg, F, Cm	E6	01
Delegar funções	Cg, Cm, F, P	E7	01
Buscar equilíbrio entre o lucro, a produção e a assistência	Cg, F	E9	01
Planejar	F	E11	01
Avaliar	F	E11	01
Dirigir, delegar, compartilhar, acompanhar	Cg, F, Cm	E12	01
Aspectos comportamentais (pessoais)			
Ser líder	Cm, P	E4, E8, E12	03
Ser articulador, estrategista	F, Cm, P	E2, E7	02
Ter conhecimento (teórico e técnico)	Cg,	E8, E15	02
Ter carisma	Cm, P	E8	01
Ser negociador	Cg, P	E12	01
Ter pensamento crítico	Cg,	E15	01
Aspectos relacionais			
Promover a comunicação	Cm, Cg	E2	01
Unificar o setor	Cm, P	E12	01
Aspectos Institucionais			
Ter a visão do todo	Cg, F	E10	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: Componentes da Competência profissional: Cg (cognitiva), F (funcional), Cm (comportamental), E (ética), P (política)

Note-se que as respostas foram organizadas em torno de quatro aspectos, a saber: funcionais, comportamentais (pessoais) relacionais e institucionais, sendo os dois primeiros os mais recursivos.

A resposta “coordenar as atividades”, apontada pelas entrevistadas, encaixa-se no modelo de Paiva (2007), a partir das componentes cognitiva (conhecer tais atividades, seus processos), funcional (integrar tais atividades) e comportamental (envolver as pessoas para efetividade do trabalho). Ela também pode ser analisada à luz do modelo de Quinn *et al.* (2003), observando-se o papel de coordenador, cujas competências relacionam-se a desenvolver projetos, planejar o trabalho e realizar gerenciamento multidisciplinar.

Do mesmo modo, o “implementar ações visando resultados” também implica a utilização das mesmas componentes, porém sendo explícito quanto ao foco nas finalidades.

Além da perspectiva analítica de Paiva (2007), principalmente das componentes funcional e comportamental, a gestão de “recursos de variadas ordens” pode também ser observada sob o prisma do modelo de competência profissional de Fleury e Fleury (2004), “saber mobilizar”, que diz de saber mobilizar recursos de pessoas, financeiros, materiais, criando sinergia entre eles.

Quando perguntadas sobre o que é ser um gestor no hospital abordado, com objetivo de aprofundar na percepção quanto ao seu “contexto” e “ambiente de trabalho”, a maioria das entrevistadas apontou “gerir recursos humanos”, “atentar para aspectos administrativos e legais na condução das atividades” e “lidar com a burocracia” (3 delas em cada um dos três aspectos). Estas e as demais respostas das entrevistadas estão resumidas na TAB. 2, por meio da qual se pode também observar a preponderância das componentes Funcional (31 respostas), Comportamental (23 respostas) e Cognitiva (20 respostas). A Competência Política apareceu em número menor de respostas (10 respostas) e a Ética somente em uma resposta.

Tabela 2 – Ser gestor, neste hospital, na percepção das entrevistadas

Respostas	Componentes da Competência Profissional	Entrevistadas	Total
Aspectos funcionais			
Gerir recursos de variadas ordens	F, Cm	E2, E3, E4, E6,	04
Materiais	F	E4, E6,	02
Humanos	F, Cm	E2, E3, E6	03
Físicos	F	E6	01
Atentar para aspectos administrativos e legais na condução das atividades	Cg, F	E2, E5, E8	03
Ter conhecimento técnico	Cg	E7, E10	02
Coordenar as atividades	Cg, F, Cm	E11, E14	02
Ter visão ampla da saúde (hospital, Brasil, mundo)	Cg, F	E6	01
Implementar ações visando resultados	Cg, F, Cm	E6	01
Lidar com a complexidade do trabalho	Cg, F	E8,	01
Aspectos Institucionais			
Lidar com a burocracia	F, P	E5, E8, E9	03
Lidar com a falta de autonomia	F	E8, E9	02
Ter apoio da gerência	P	E4	01
Focar na assistência à saúde	F	E11	01
Organizar as atividades	Cg, F	E11	01
Ter potencial para resolver os problemas	Cg, F	E15	01
Atender as solicitações da gerência	F, P	E13	01
Conhecer a administração pública	Cg, P	E7	01
Ter poder	P	E12	01
Aspectos comportamentais (pessoais)			
Ser criativo	Cg, F,	E8, E15	02
Lidar com desafios	Cg, Cm, F	E3, E5	02
Promover a qualidade da assistência	Cg, F, E	E11, E14	02
Saber fazer o entrelaçamento entre todas as unidades	Cm	E1	01
Experiência gratificante, positiva	Cm	E4	01
Ser articulador, estrategista	F, Cm, P	E7	01
Ter carisma	Cm, P	E7	01
Ser corajoso	Cm	E7	01
Ser paciente	Cm	E7	01
Mudar de paradigma	Cg, Cm	E10	01
Aspectos relacionais			
Promover integração entre as unidades	Cm, P	E1	01
Saber lidar com pessoas desmotivadas	Cm	E3	01
Trabalhar com pessoas desmotivadas	Cm	E3	01
Trabalhar com equipe unida	Cm	E4	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: Componentes da Competência profissional: Cg (cognitiva), F (funcional), Cm (comportamental), E (ética), P (política)

Note-se que as respostas também foram organizadas em torno de quatro aspectos, a saber: funcionais, institucionais, relacionais e comportamentais (pessoais), sendo os dois primeiros os mais recursivos e observando-se um aumento no número de aspectos institucionais quando das especificidades do gerenciamento no hospital abordado. Nesse sentido, o “lidar com a burocracia” foi a resposta mais repetida e pode ser observada no relato abaixo:

Eu acho aqui um pouco complexo, a questão burocrática é muito grande, não sei falar se é comum do serviço público, mas aqui no hospital a questão da cadeia de gestores, às vezes torna difícil o acesso, uma resolução mais

imediate de uma situação que requer um retorno mais rápido... (E9)

Além das componentes do modelo de Paiva (2007) apontadas para esta ação – funcional e política – e para as demais por toda a tabela, ressalte-se também a contribuição de Reed (1997) nesse sentido, o qual descreve a perspectiva política em que se configuram os processos sociais em que as estruturas se estabelecem e os desacordos são resolvidos com o exercício do poder. Nesta abordagem de poder inerente à prática, são priorizados os processos sociais através de jogos políticos, sendo utilizados mecanismos de coordenação e controle.

Quando questionadas sobre as particularidades da estrutura organizacional na gestão compartilhada, com vistas a aprofundar em seu “ambiente de trabalho”, a maioria das entrevistadas apontou pontos considerados positivos como a “possibilidade de valorização das diversas visões” (5 delas), “as decisões são tomadas junto” (3 delas). Estas e as demais respostas das entrevistadas estão resumidas na TAB. 3.

Tabela 3 – Particularidades da estrutura organizacional na gestão compartilhada, na percepção das entrevistadas

<i>continua</i>		
Respostas	Entrevistadas	Total
Aspectos positivos		
Possibilidade de valorização das diversas visões	E3, E4, E10, E12, E13	05
As decisões são tomadas junto	E4, E13, E14	03
A interdisciplinaridade complementa	E2, E12	02
Possibilita melhor relacionamento das equipes	E6, E9	02
É um espaço de abertura para a enfermagem	E3, E12	02
Possibilita troca de experiências	E6, E10	02
É muito interessante	E5, E9	02
É um avanço muito grande	E1	01
Possibilidade de valorização das diversas profissões	E3	01
Está sendo ótimo	E4	01
É muito produtivo	E5	01
Integração do enfermeiro com o médico e o administrativo	E6	01
Possibilita amadurecimento dos profissionais	E6	01
Melhores resultados	E6	01
Profissionais de outras áreas já conseguem visualizar o papel importante do enfermeiro gerente	E7	01
Você é ligado a uma gerência	E8	01
Possibilita a visão do todo	E10	01
É compartilhar responsabilidades, atribuições	E11	01
Possibilita uma visão melhor do todo	E11	01
É importante para dividir as atividades	E14	01
Formação de um novo cenário descentralizado	E15	01

Respostas	conclusão	
	Entrevistadas	Total
Aspectos negativos		
Você perde um pouco da referência como um todo como equipe de enfermagem	E8, E15	02
Do ponto de vista teórico seria a melhor forma de gerenciamento, na prática não aconteceu um entrelaçamento	E1	01
Cada departamento trabalha da forma que ele entende ser melhor e isso faz com que a enfermagem seja dividida em várias questões	E5	01
Não há unidade	E5	01
A falta de comunicação é muito grande	E5	01
Continua até a mesma coisa... não teve diferença	E8	01
O meu medo é se as pessoas estão preparadas	E9	01
O enfermeiro tem o compromisso de resolver, mas ele não tem esse poder de solução, de resolução	E9	01
Tem de saber se está bem definida a função de cada profissional no sistema	E9	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Estes dados revelam que as enfermeiras-gerentes entrevistadas veem mais pontos positivos que negativos na estrutura tripartite, o que pode ser explicado pela sua inserção de modo mais incisiva no próprio processo decisório, daí a “valorização das diversas visões”. Tal constatação pode ser observada no relato a seguir:

Eu acho que essa... modalidade de organograma essencial, porque enquanto profissional de saúde a gente tem que fazer parte de uma equipe, a gente tem que ter um parceiro de outra especialidade para poder concluir uma assistência de qualidade, porque se não, fica aquela visão parcial, eu só cuido da parte da enfermagem, o médico só da parte médica e o administrativo só da parte administrativa... (E10)

Tais relatos e outros semelhantes trazem à tona a componente política do modelo de Paiva (2007, p. 46), já que evidenciam “ações voltadas para o domínio ou fluência nas fontes pessoais, relacionais e afetivas de poder etc.”, conforme a autora menciona no âmbito “social” da componente.

Quando perguntadas sobre o que é ser um profissional competente nos dias de hoje, a maioria das entrevistadas apontou “ser estudioso, atualizar seus conhecimentos” (5 delas), “ter conhecimento teórico” (4 delas) e “envolver a equipe” (4 delas) “ter conhecimento técnico” “ter comprometimento” e “fazer o que o cargo compete” (3 respostas para cada um dos três últimos aspectos). Estas e as demais respostas das entrevistadas estão resumidas na TAB. 4, por meio da qual se pode também observar a preponderância das componentes Comportamental (27 respostas), Cognitiva (19 respostas) e Funcional (18 respostas). A componente

Política apareceu nos relatos de 7 dos entrevistados e a Ética foi identificada em apenas uma resposta dentre as gerentes enfermeiras entrevistadas.

Tabela 4 – Ser uma profissional competente, de modo geral, atualmente, na percepção das entrevistadas

<i>continua</i>			
Respostas	Componentes da Competência Profissional	Entrevistadas	Total
Aspectos comportamentais (pessoais)			
Ser estudioso, atualizar seus conhecimentos	Cg	E2, E5, E7, E12, E15	05
Ter conhecimento teórico	Cg	E3, E4, E5, E8	04
Ter conhecimento técnico da área de atuação	Cg, F	E3, E4, E8	03
Ter comprometimento	Cm	E4, E12, E14	03
É ter responsabilidade	Cm	E4, E10	02
Saber ouvir	Cm	E10, E12	02
Ser negociador	Cm, P	E2, E15	02
É ser estrategista	Cm, F, P	E2, E7	02
Ter iniciativa	Cm	E1	01
Melhorar a qualidade de suas ações	Cg	E1	01
É ser diplomático	Cm, P	E2	01
Não ter medo de arriscar	Cm	E3	01
É estar acima das críticas	Cm	E3	01
É se mobilizar	Cm	E3	01
Identificar algo mais pertinente ao seu perfil	Cg	E5	01
Conhecer e suprir suas deficiências	Cg, Cm	E6	01
Ser criativo	Cg, F	E8	01
É estar aberto a novas discussões	Cm	E9	01
Tratar as pessoas de forma humanizada	Cm, E	E9	01
Aspectos relacionais			
Envolver a equipe	Cm, P	E4, E10, E12, E14	04
Interação com outros profissionais	Cm	E3, E6	02
Aspectos funcionais			
Fazer o que compete ao cargo	F	E1, E7, E11	03
Realizar bem todas as funções	F	E1, E10	02
Ter visão de todo o processo	F	E2	01
Detectar problemas e pensar em soluções	Cg, Cm, F	E2	01
Atuar em diversas funções	F	E3	01
Colocar a mão na massa	F	E3	01
Fazer o que precisa fazer, sem medo	Cm, F	E3	01
Desenvolver habilidades assistenciais e gerenciais	Cg, F	E5	01
Observar as tendências e se adequar	Cg, F	E7	01
Saber lidar com as situações novas	F	E13	01
Ter eficácia do trabalho	F	E14	01
Organizar o trabalho	F	E14	01
Resolver problemas	F	E15	01
Aspectos institucionais			
É ver além do seu âmbito de trabalho	F	E9	01
Ter visão mundial	F	E9	01
Ter visão política	P	E9	01
Ter visão ecológica	E	E9	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: Componentes da Competência profissional: Cg (cognitiva), F (funcional), Cm (comportamental), E (ética), P (política)

As respostas também foram organizadas em torno dos quatro aspectos, ou seja, comportamentais (pessoais), relacionais, funcionais e institucionais, sendo que os dois primeiros continham as falas mais recursivas.

Apesar do discurso de a Enfermagem já ter superado a formação tecnicista e estar, hoje, além dela, parece que essa questão permanece em aberto para as entrevistadas, já que a resposta mais recursiva para o ser competente situa-se justamente nesta esfera, ou seja, o ser estudioso e atualizar permanentemente seus conhecimentos, o que está diretamente ligado à componente cognitiva do modelo de Paiva (2007). Nesse sentido, observem-se os trechos abaixo:

A competência, ela envolve, não só o seu conhecimento já adquirido na sua vida profissional, mas principalmente a sua afinação, você estar sempre atualizando seus conhecimentos, tendo contato com outros serviços para aprimorar e sobretudo buscar dentro da sua atividade, todas as questões que você pode atuar... (E5)

...é você ter técnica, você ter teoria, você buscar melhorar todo dia você buscar colocar em prática essa teoria que a gente vem buscando... (E4)

Isso é curioso tomando-se por base autores que acreditam que a competência é algo a mais que a qualificação, ou seja, para o desenvolvimento do trabalho, a qualificação deve vir acompanhada da competência, caso contrário, perde sua legitimidade no contexto atual, o qual leva em consideração o julgamento do próprio sujeito e também de terceiros (PAIVA, 2007; FLEURY; FLEURY, 2004). Neste ponto, convém lembrar que Fleury e Fleury (2004) concordam com Zarifian (2001), afirmando que o conceito de competência abrange a inteligência prática de situações que se apoiam nos conhecimentos já adquiridos pelo indivíduo.

Em relação ao ser uma enfermeira competente, a maioria das entrevistadas apontou “envolver a equipe” (6 delas), “ter conhecimento” (5 delas). Estas e as demais respostas das entrevistadas estão sintetizadas na TAB. 5, por meio da qual se pode também observar a preponderância das componentes Comportamental (23 respostas), funcional (18 respostas), Cognitiva (15 respostas), Política (6 respostas) e Ética (6 respostas).

Tabela 5 – Ser uma enfermeira competente, na percepção das entrevistadas

Respostas	Componentes da Competência Profissional	Entrevistadas	Total
Aspectos relacionais			
Envolver a equipe	Cm, P	E4, E6, E7, E9, E10, E12	06
Ser suporte para as pessoas que sofrem	Cm	E3	01
Se relacionar bem	Cm	E6	01
Saber lidar com pessoas	Cm	E9	01
Aspectos comportamentais (pessoais)			
Ter conhecimento (teórico e técnico)	Cg	E6, E9, E10, E12, E13	05
Prestar assistência de qualidade	Cg, Cm, E	E4, E1	02
Atender bem o cliente	Cm	E1, E10	02
Saber estruturar as suas ações	Cg, F	E1	01
Gostar do que faz	Cm	E3	01
Ter motivação	Cm	E3	01
Buscar corrigir suas deficiências	Cm	E7	01
Ser criativo	Cg, Cm	E8	01
Ter comprometimento e envolvimento	Cm	E12	01
Atender ao paciente de forma segura	Cm, E	E14	01
Prestar assistência de qualidade	Cm, E	E14	01
Aspectos funcionais			
Fazer o que compete àquele profissional no cargo em que ele ocupa	F	E11, E14	02
Organizar o trabalho	F	E7, E14	02
Trabalhar com as questões administrativas e não só puramente assistenciais	F, E	E5, E7	02
Saber lidar com situações novas	Cg	E12, E13	02
Buscar equilíbrio entre as necessidades do paciente e a realidade institucional	Cm, F	E2	01
Desenvolver a habilidade de trabalhar com a assistência e com o processo todo	Cg, F	E5	01
Conhecer a área em que estiver atuando	Cg, F	E8	01
Gerir recursos de variadas ordens	Cg, F, Cm	E14	01
<i>Materiais</i>	F	E14	01
<i>Humanos</i>	F, Cm	E14	01
<i>Físicos</i>	F	E14	01
<i>Financeiros</i>	F	E14	01
Aspectos Institucionais			
Ter visão do todo	F	E1, E6	02
Saber o que a organização busca e precisa	F	E6	01
Conhecer a missão e a visão organizacional	Cg	E15	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: Componentes da Competência profissional: Cg (cognitiva), F (funcional), Cm (comportamental), E (ética), P (política)

Essas respostas também foram organizadas em torno dos quatro aspectos, quais sejam: relacionais, comportamentais (pessoais), funcionais e institucionais, sendo que os dois primeiros continham os aspectos mais repetidos nas respostas das entrevistadas. Um relato que resume vários aspectos e que comporta todas as componentes da competência profissional, segundo o modelo analítico adotado (PAIVA, 2007), foi destacado abaixo:

Eu acho que é aquele enfermeiro que sabe envolver as sua equipe, com esse objetivo que a gente tem na enfermagem que é a busca de uma melhor assistência do paciente...é aquele enfermeiro que consegue colocar a sua equipe de técnicos visualizando o futuro, fazendo isso junto... (E9)

Note-se, ainda, a contribuição de Katz (1986) acerca das habilidades humanas que são necessárias durante toda a carreira do gestor, independentemente do nível hierárquico que ocupa, tendo em vista a necessidade permanente de lidar com e estimular as pessoas rumo à execução do seu trabalho. O autor defende que essas habilidades são imprescindíveis para o bom exercício da liderança organizacional, pois administradores com boas habilidades humanas se desenvolvem bem em equipes e atuam de maneira eficiente e eficaz como líderes. A competência comportamental (PAIVA, 2007) está presente nas respostas descritas nas TAB. 4, 5 e 6 onde se observou que elas responderam que ser competente é “envolver a equipe”.

Ao perguntar o que é ser enfermeira-gerente competente, a maioria das entrevistadas apontou “envolver a equipe” (6 deles) e “ter conhecimento” (5 deles). Estas e as demais respostas das entrevistadas são apresentadas na TAB. 6, por meio da qual se pode também observar a preponderância das componentes Comportamental (27 respostas), Funcional (21 respostas), Cognitiva (13 respostas) e Política (7). A componente Ética foi pouco expressiva nas entrevistas analisadas, sendo abordada por somente uma entrevistada.

Tabela 6 – Ser enfermeira-gerente competente, na percepção das entrevistadas

Respostas	Componentes da Competência Profissional	Entrevistadas	Total
Aspectos relacionais			
Envolver a equipe	Cm, P	E3, E7, E8, E9, E10, E12	06
Ter respeito pelas pessoas	Cm, E	E4	01
Valorizar as pessoas	Cm	E4	01
Trazer novidades, propostas novas	Cm	E13	01
Aspectos comportamentais (pessoais)			
Ter conhecimento (técnico e teórico)	Cg	E3, E6, E10, E15, E12	05
Saber ouvir	Cm	E4, E12	02
Atender às necessidades do paciente	Cm	E2, E8	02
Saber lidar com as situações novas	Cg, Cm	E13, E14	02
Ter como objetivo principal o cuidado	Cm	E1	01
Ser articulador	F, Cm, P	E3	01
Ter segurança	Cm	E4	01
Ter habilidade	Cg, Cm	E4	01
Estar sempre presente	Cm	E5	01
Saber delegar	F	E7	01
Ter conhecimento na área que atua	F	E8	01
Ser responsável	Cm	E10	01
Trazer propostas novas	F	E12	01
É ser capaz de prever a resolução de um problema antes que ele aconteça	Cg, Cm	E14	01
Ter atitude	Cm	E15	01
Colocar o conhecimento em ação	Cg, Cm, F	E15	01
Aspectos funcionais			
Trabalhar com as metas institucionais	F	E5, E7,	02
Atingir resultados	F	E7, E15	02
Gerir recursos de variadas ordens	Cg, F, Cm	E1	01
Materiais	F	E1	01
Humanos	Cm, F	E1	01
Físicos	F	E1	01
Financeiros	F		01
Atuar rumo aos interesses organizacionais	F	E9	01
Trabalhar com indicadores de qualidade	F	E10	01
Coordenar	Cg, F, Cm	E11	01
Planejar	F	E11	01
Avaliar	F	E11	01
Gerenciar com as competências tanto do cargo de enfermeiro, como do cargo de gerente	Cg, F	E11	01
Atender a demanda do serviço	F	E12	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: Componentes da Competência profissional: Cg (cognitiva), F (funcional), Cm (comportamental), E (ética), P (política)

Nesta última tabela, as respostas foram organizadas em torno de três aspectos, com destaque para os relacionais, pois “envolver a equipe” permaneceu como a resposta mais recursiva, sucedida por “ter conhecimento”, já relativa ao âmbito comportamental (pessoal), seguidas das funcionais. Note-se que aspectos institucionais não foram citados pelas entrevistadas quando perguntadas sobre as competências do enfermeiro-gerente. Observe-se o relato ilustrativo, que põe em relevo as componentes comportamental e política do modelo analítico adotado (PAIVA, 2007):

É aquele que consegue gerir toda a equipe, aquele que vai mais além e consegue fazer um grupo de enfermeiros enxergarem quais são as melhores decisões, as melhores coisas que a gente pode fazer... (E4)

Partindo para a questão da gestão das suas competências profissionais, considerando-se que o conceito de Paiva (2007) engloba esforços individuais, coletivos, organizacionais e sociais envidados rumo à formação e ao desenvolvimento das competências dos indivíduos, foi perguntado aos entrevistados o que eles fazem para ser um enfermeiro-gerente competente. A maioria delas respondeu “eu estudo”, “me atualizo” (8 delas), “envolvo, oriento a equipe” (7 delas), denotando a predominância de esforços individuais nessa gestão. (TAB. 7)

Tabela 7 – Processos de formação e desenvolvimento das competências profissionais da enfermeira-gerente, na percepção das entrevistadas

Respostas	Entrevistadas	Total
Esforços pessoais		
Eu estudo, me atualizo	E3, E4, E6, E7, E9, E10, E11, E14	08
Envolvo e oriento a equipe	E4, E5, E6, E7, E9, E10, E12	07
Atuo para atingir as propostas e metas	E10, E12, E13, E15	04
Ouço a equipe (críticas)	E3, E4, E6	03
Busco ser líder da equipe	E4, E12	02
Discuto com os outros membros do departamento	E1, E10	02
Tenho uma visão de todo o processo, até a finalização	E2	01
Estou sempre presente na área assistencial e na área gerencial	E5	01
Ouvir as demandas dos outros profissionais, as propostas	E6	01
Resolvo os problemas do cliente	E8	01
Faço o que gosto	E8	01
Trabalhar com mais humanidade (cliente e profissional)	E9	01
Tenho compromisso com a instituição	E9	01
Aprendo com as outras pessoas	E14	01
Esforços organizacionais		
Faço reuniões com a equipe	E4	01
Faço muitos planos de ação	E4	01
Compromisso com a instituição para trazer uma qualificação	E9	01
Compromisso com os deveres éticos	E9	01
Coordeno e avalio todos os processos	E15	01
Avalio todos os resultados	E15	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Ressalte-se que, quanto à gestão das competências profissionais das entrevistadas, não foram identificados esforços sociais e coletivos. Isso implica em enfraquecimento de laços profissionais, o que, obviamente, contribui para a explicação de todo um esforço do enfermeiro-gerente em torno das equipes de trabalho, aspecto já identificado em respostas de perguntas anteriores.

Ao serem questionadas sobre as dificuldades relativas à formação e ao desenvolvimento de suas competências, a maioria das entrevistadas respondeu “falta de recursos humanos” (9 delas), “falta de comprometimento, de envolvimento dos colaboradores” (5 delas), “falta de recursos materiais” (4 delas). Estas e as demais respostas estão resumidas na TAB.8.

Tabela 8 – Dificuldades nos processos de formação e desenvolvimento das competências profissionais da enfermeira-gerente, na percepção das entrevistadas

Respostas	Entrevistadas	Total
Falta de recursos humanos	E 5, E7, E8, E9, E11 , E12, E13, E14, E15	09
Falta de comprometimento, de envolvimento dos colaboradores	E4, E8, E9, E10, E15	05
Falta de recursos materiais	E11, E14, E8, E9	04
Troca constante dos profissionais contratados	E8, E13, E14	03
Não existe “Recursos Humanos” no hospital	E8, E9	02
Burocracia	E9, E15	02
Sobrecarga de trabalho	E13, E14	02
Falta de treinamento dos funcionários	E13, E14	02
Percepções negativas de terceiros quanto ao autoritarismo da enfermeira	E12, E15	02
Falta de autonomia para resolver os problemas	E1	01
A falta de visão de todo o processo por parte dos outros profissionais	E2	01
Falta de tempo para buscar o aperfeiçoamento	E3	01
Falta de retorno da equipe	E4	01
Na minha área de atuação eu não tenho dificuldades	E5	01
Em determinados momentos eu preciso me afastar da assistência	E5	01
As relações com as pessoas às vezes são divergentes, tem de saber o momento de recuar, de ouvir, de ponderar	E6	01
A política de governo	E8	01
O funcionário público não é cobrado	E9	01
Falta de continuidade do trabalho	E13	01
Falta de recursos físicos	E14	01
A superlotação do serviço	E14	01
Falta de incentivos para o crescimento profissional	E15	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Tais dados refletem peculiaridades, mudanças, escassez de recursos e sobrecarga de trabalho no cotidiano das enfermeiras gestoras, além da presença de duas naturezas – assistencial e gerencial – que parecem não estar harmonizadas - o que demanda por competências profissionais sedimentadas e externalizadas no cotidiano do hospital abordado – , conforme se pode observar nos relatos a seguir:

... troca de enfermeiro constante, em função dos contratados, a gente fica com certa dificuldade de treinamento, a gente treinou hoje de manhã um enfermeiro e ele já saiu... fica sem continuidade, acaba que a gente tem que assumir a parte assistencial e a administrativa fica a desejar, mas é um período que a gente tá vivendo, que eu acho que tá passando... (E13)

A gente está em um setor de urgência e emergência, que precisa de treinamentos específicos, de criação de protocolos específicos para o atendimento dos pacientes mais graves que aqui vêm, de atualização, de conceito teórico, mas para isso a gente precisa primeiro que essa equipe seja formada... como tirar esse funcionário para poder realizar um treinamento e aprimoramento do seu trabalho, sendo que há trabalho deixando de ser feito. Então, a primeira coisa que precisa ser feita com urgência é o restabelecimento da escala de trabalho, é a adequação do recurso humano que aqui trabalha, para a gente conseguir melhorar as outras coisas. (E14)

... atualmente é com a questão de recursos humanos, que sem recursos humanos você não atinge nada, você não chega a lugar nenhum..." (E7)

... é não ter a colaboração esperada dos demais membros da equipe, acho que é a minha maior dificuldade, eu acho que além da vontade, do querer, a gente precisa dos demais membros da equipe, cada um fazendo o seu papel, o seu pedaço naqueles pedaços do todo, né? Que é a assistência. (E10)

... a questão de você trabalhar com o funcionário público e que muitas vezes nunca foi cobrado, ou que não foi cobrado com uma certa eficiência, que já tem uma política que não tem necessidade de trabalhar...então quando você começa a trazer para ele a necessidade dele cumprir sua carga horária, suas obrigações, ter um compromisso com a instituição, a visão que ele tem de você não é boa, você não é bem quisto na verdade, porque você quer trazê-lo para aquilo que ele já deveria estar cumprindo..." (E9)

...as dificuldades existem... sejam elas de recursos materiais, recursos humanos, das organizações em geral. Mas quando você gosta do espaço da gerência a sua visão tem de ser... de ver naquela dificuldade uma oportunidade de mudança, para buscar melhoria. (E11)

Quando questionadas especificamente se o hospital contribui neste sentido, ou seja, se existem “esforços organizacionais” na gestão das competências dos profissionais enfermeiras-gerentes (PAIVA, 2007), a maioria das entrevistadas respondeu que sim (11 delas), que “busca soluções” (4 delas), “promove reuniões” (3 delas), “promove cursos de capacitação” (3 delas). Apenas 4 das entrevistadas responderam que não, apontando o “excesso de burocracia” (3 delas) como a principal causa. Estas e as demais respostas das entrevistadas estão sintetizadas na TAB. 9.

Tabela 9 – Contribuições do hospital nos processos de formação e desenvolvimento das competências profissionais da enfermeira-gerente, na percepção das entrevistadas

	Respostas	Entrevistadas	Total
Sim			
Busca soluções		E1, E12, E13, E14	04
Promove reuniões		E2, E10, 14	03
Promove cursos de capacitação		E3, E4, E7	03
A gerência nos dá autonomia		E10, E11	02
A gerência nos apóia		E10, E11,	02
A nova estrutura, com integração entre três categorias de profissionais		E6	01
A gerência tenta melhorar a autoestima dos recursos humanos		E7	01
Não			
Excesso de burocracia		E8, E9, E15	03
Não resolve o déficit crônico de pessoal		E5	01
Não verifica os resultados obtidos		E15	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Dentre as que concordam que o hospital contribui, salientam-se os seguintes relatos que mencionam relações observadas entre a hierarquia e o processo decisório, denotando disfunções burocráticas no exercício da gerência:

Eu acho que sim, é uma questão filosófica da instituição um gerenciamento muito vertical e muito dependente de instâncias superiores. Então, às vezes pequenas decisões não podem ser tomadas no âmbito do departamento, porque dependem de instâncias superiores, dois ou três níveis acima de você e se torna muito moroso esse processo. (E1)

O hospital tem tentado buscar soluções sim ...os problemas não dependem da gerência, depende de chegar recursos humanos que ainda demoram, alguns trâmites são burocráticos, depende de agilizar uma obra que foi programada para um prazo determinado e não tem como agilizar...a gente tem feito várias reuniões tentando levantar os problemas que estejam sob o alcance da nossa resolução, mas outros não estão sob o alcance da gerência, nem desse hospital para ser resolvido, mas estão sendo repassados, os problemas estão sendo divididos, compartilhados, tentando uma solução... (E14)

Dentre os que concordam que o hospital não contribui nos processos de gestão de competências, salienta-se o seguinte relato que, curiosamente, trata do mesmo aspecto, em sentido inverso:

Não, eu acho que o hospital tem que rever a sua política, o seu interesse, ter uma visão mais precisa de sua gerência... ter as coisas mais claras, mais bem definidas, aqui isso não acontece... não chega até você uma coisa bem clara, definida de quem resolve o quê... (E9)

Visando identificar outras peculiaridades acerca das percepções das entrevistadas, a respeito da visão que elas têm de si mesmas, foi questionado como elas acham que os enfermeiros gerentes se vêem no hospital, ou seja, a percepção entre os

pares profissionais e funcionais no hospital. Elas apontaram aspectos positivos e negativos, sendo que os dois aspectos tiveram o mesmo número de respostas (13). Os aspectos positivos mais frequentes foram “como gerente” (2 delas) e como “parte da equipe” (2 delas). Contraditoriamente, dentre os negativos, os mais frequentes foram principalmente em relação à sua não identificação como gerentes (3 delas), como sobrecarregados de tarefas (3 delas) e como sujeitos a demandas urgentes, isto é, como “apagadores de incêndio” (2 delas). Estas e as demais respostas dos entrevistados estão organizadas na TAB. 10.

Tabela 10 – Características atribuídas às enfermeiras-gerentes por elas próprias, na percepção das entrevistadas

Respostas	Entrevistadas	Total
Positivas		
Como gerentes	E1, E6	02
Como parte da equipe	E2, E11	02
Como condutoras de processos gerenciais em cada departamento	E1	01
Como carentes de melhorias em termos da visão gerencial	E3	01
Como líderes	E4	01
Como muito pressionadas	E5	01
Como submetidas a um desafio muito grande, face a suas condições	E5	01
Como caminhando rumo a crescimento, amadurecimento	E6	01
Como respaldadas pela gerência	E10	01
Como respaldadas pela diretoria de saúde	E10	01
Como poderosas	E12	01
Negativas		
Não como gerentes	E1, E3, E6	03
Como sobrecarregadas, mas sem conseguir realizar	E7, E8, E12	02
Como “bombeiro”, “apagando incêndio”	E5, E8	02
Como desprovidas de recursos	E7	01
Como desprovidas de recursos humanos	E7	01
Como desprovidas de informações	E9	01
Como confusas (entre tarefas assistenciais e gerenciais)	E13	01
Como desprovidas de autonomia	E14	01
Não soube responder	E15	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Diante dessas respostas, percebe-se que tais enfermeiras estão “em processo” de assimilação da função gerencial de modo mais integral, já que algumas características são verificadas e outras não, do mesmo modo que alguns aspectos são colocados como positivos e outros como negativos. Observem-se os relatos:

Primeiro, eu percebo que nem todos se percebem como gerentes, no sentido de gerenciar.... gerenciar recursos em função da assistência, eu percebo que as pessoas estão muito mais voltadas para a assistência e desarticuladas da gestão da enfermagem. Então eu penso que eles precisam melhorar a visão de enfermeiros gestores, de enfermeiros gerentes. (E3)

Eu acho que as pessoas ainda não experimentaram na plenitude essa função não, eu acho que tem sido um crescimento, um amadurecimento, uma caminhada, é um processo mesmo que vem amadurecendo aos poucos, eu acho que aqueles que hoje ocupam funções gerenciais já experimentaram isso há mais tempo, então, têm a chance e oportunidades de se saírem melhor, aqueles que ainda estão trabalhando nas unidades com foco na assistência ao paciente, vão precisar vivenciar essas experiências e amadurecer para que, então eles consigam exercitar isso plenamente” (E6)

... o grupo atual, querendo ou não, como é um cargo de confiança foram escolhidos, por pessoas que nos conheciam, eu acho que hoje, os que estão na gerência aqui, mais especificamente, são pessoas que têm muito em comum... querendo ou não a gente compartilha muita coisa em comum e por isso fomos escolhidas, para que cada uma naquele espaço exerça sua função. São pessoas que têm objetivos parecidos, valores parecidos, visão de mundo meio compartilhada, porque aí você consegue trabalhar melhor em grupo. (E11)

Note-se, portanto, que as percepções das entrevistadas indicam um processo contínuo de formação e desenvolvimento de competências, compreensível à luz do modelo de Paiva (2007), ou seja, amparado tanto no julgamento que elas fazem de si mesmas e de seus pares, como na sua percepção a respeito da avaliação dos demais membros da equipe, o que foi observado por meio de suas respostas à questão de como achavam que eram vistas por terceiros.

Assim, quanto à forma como os enfermeiros gerentes são vistos no seu “ambiente de trabalho”, na sua própria percepção, a maioria das entrevistadas apontou pontos positivos, principalmente quanto à importância do enfermeiro na estrutura tripartite (9 delas) e “como alvo de respeito” (3 delas). Estas e as demais respostas dos entrevistados estão resumidas na TAB. 11.

Tabela 11 – Características atribuídas às enfermeiras-gerentes por outros membros da equipe, na percepção das entrevistadas

Respostas	Entrevistadas	Total
Positivas		
Como “importantes”	E4,E5, E6, E7, E9, E11, E13, E14, E8	09
Como alvo de respeito	E5, E4, E5	03
Como admiradas por sua competência	E1	01
Como “não” gerentes (sem distanciamento)	E1	01
Como bem adaptadas (alguns)	E2	01
Como capacidade de articulação e decisão	E3	01
Como participativas	E5	01
Como canal de comunicação para otimizar as respostas e o resultado	E7	01
Com confiança	E7	01
Com imagem positiva	E11	01
Negativas		
Como “estranhas” na administração	E2	01
Como cumpridoras de ordens (“pau-mandado”)	E3	01
Como fiscal e cobrador	E3	01
Como diferenciado entre áreas e níveis hierárquicos	E3	02
Como guarda patrimonial	E7	01
Como alvo de incômodo por parte de (muitos) médicos	E10	01
Como poderoso	E12	01
Como autoritário	E15	01
Como exigente	E15	01
Como sobrecarregados	E15	01
Como alvo de resistência por parte da equipe	E15	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Diante das diferenças entre como se veem e como acreditam que são vistas, verificou-se a presença da “reflexão sobre e na ação” no caso das entrevistadas, o que denota a importância do *feedback* e, mais ainda, de um ambiente de trabalho onde a comunicação necessária para tal possa ocorrer. Observa-se, desse modo, que o caminho rumo ao amadurecimento pessoal e profissional das mesmas vem sendo trilhado, apesar de conquistas, percalços e ingenuidades, tendo em vista constituírem-se alvo de resistências e desconfianças, como se pode apreender pelos relatos abaixo:

Na estrutura nova eu vejo que os pares admiram muito a competência dos enfermeiros como gerentes, em relação às atividades práticas que sempre foram nossas mesmo e que eles nunca se envolveram com tais atividades gerenciais e veem que nós temos bastante facilidade para tratar vários assuntos do âmbito gerencial. (E1)

...os profissionais de outras áreas já conseguem visualizar e entender o papel importante do enfermeiro no tocante à administração da assistência como um todo, seja na gestão de pessoas ou na gestão de custo. (E7)

....é colocado que o enfermeiro tem um senso de organização muito grande, se preocupa em registrar, em documentar as coisas que são realizadas, que são solícitas, o que não era prática...eu acho que a nossa imagem é positiva... (E11)

Penso que, aos pouquinhos, a enfermagem tem mostrado a cara, tem

mostrado o seu conhecimento, mostrado que sabe fazer... mas o saber médico dentro do hospital ainda é um pólo muito dominante, que domina mesmo e que muitas vezes termina sendo a fala mais importante”. (E3)

... eu entendo que é uma experiência nova, estão experimentando também essa relação, do dia que a gente começou com os trios até agora, eu acho que houve uma evolução, tanto o médico, quanto o administrativo, a importância que eles têm dado à opinião, ao parecer, às sugestões e ao papel do enfermeiro nesse hospital, eu acho que houve um amadurecimento grande, mas acredito que isso ainda não está sedimentado, é um processo ainda longo, de amadurecimento e consolidação. (E6)

Ao perguntar à enfermeira gerente que dificuldades ou pontos negativos ela enfrenta nessa função, a maioria das entrevistadas apontou “falta de recursos humanos” (7 delas) e “falta de comprometimento” (6 delas) quanto a aspectos voltados para o pessoal, e “falta de recursos materiais” (3 delas) relativos a estrutura e processos organizacionais e, por fim, também foram apresentadas dificuldades relativas a si mesmas. A TAB. 12 apresenta as respostas das entrevistadas.

Tabela 12 – Dificuldades ou pontos negativos no exercício da função gerencial, na percepção das entrevistadas

Respostas	Entrevistadas	Total
Relativas ao pessoal		
Falta de recursos humanos	E5, E7, E8, E12, E13, E14, E15	07
Falta de comprometimento, de envolvimento dos colaboradores	E1, E3, E4, E9, E10, E15	06
Falta de visão dos demais membros do que é equipe interdisciplinar e multifuncional	E10, E11	02
As pessoas estão muito focadas em fazer o que se tem de fazer e que não tem que ir além	E3	01
Falta de trabalho em equipe	E4	01
Imediatismos de alguns membros da equipe	E7	01
O funcionário não vê a importância do seu trabalho, não sabe dessa responsabilidade para a assistência	E8	01
A insegurança do profissional de não saber o que vai acontecer com a instituição	E9	01
Capacitação dos funcionários, em função da sobrecarga de trabalho	E14	01
Relativas a estrutura e processos		
Falta de recursos materiais	E5, E8, E12	03
Falta de recursos físicos	E5, E5	02
Administrar uma instituição pública na área da saúde com suas normas e processos burocráticos	E2	01
Depender de outros órgãos ligados a essa instituição	E7	01
Excesso de cobrança	E7	01
Morosidade e até ausência de respostas de determinados processos	E7	01
A política não é bem clara, bem definida	E9	01
Falta de integração entre os setores	E8	01
Muita gente julgando, apontando soluções rápidas	E14	01
Relativas a si mesma		
Desenvolver projetos, por falta de tempo	E12, E13	02
Incerteza do contrato	E8, E9	02
Mobilizar pessoas	E3	01
Vivenciar a descontinuidade das administrações	E6	01
Não conseguir dar respostas a equipe... as respostas dependem de outros órgãos ligados a essa instituição	E7	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

No que tange às facilidades ou pontos positivos que elas detectam no exercício da função gerencial, a maioria das entrevistadas apontaram “a gerência compartilhada” (6 delas) no modelo tripartite de gestão, o que também propicia “facilidade de discussão” (6 delas) e “apoio da Gerência Hospitalar” (3 delas), sendo estes aspectos relacionados ao pessoal, os quais foram seguidos de questões pessoais e de outras relativas à estrutura e aos processos organizacionais. (TAB. 13)

Tabela 13 – Facilidades ou pontos positivos no exercício da função gerencial, na percepção das entrevistadas

Respostas	Entrevistadas	Total
Relativas ao pessoal		
A gerência compartilhada	E1, E3, E4, E9, E11, E14	06
Facilidade de discussão	E1, E2, E7, E13, E12, E14	06
Apoio da Gerência Hospitalar	E4, E12, E14	03
Receber o feedback da equipe	E4	01
Funcionários antigos que gostam do que fazem	E4	01
Funcionários novos com a cabeça fresca	E4	01
Apoio do departamento	E5	01
A vontade de realizar da equipe	E7	01
As pessoas acreditam que vai haver mudanças boas	E9	01
Muita gente acredita e quer ajudar	E10	01
Melhora do relacionamento com os funcionários	E15	01
Relativas a si mesma		
Gerenciar tendo o conhecimento técnico da profissão	E2, E4	02
Autonomia para resolver questões internas da unidade	E5	01
Você consegue mostrar o seu trabalho	E5	01
Possibilidade de conhecer vários estilos de gestão	E6	01
Possibilidade de trocar experiências	E6	01
Possibilidade de amadurecimento	E6	01
Buscar conhecimentos	E6	01
Facilidade para implantar o que você quiser no seu setor	E8	01
Conheço bem o setor	E15	01
Cobro muito da equipe, mas eu faço as coisas acontecerem	E15	01
Relativas à estrutura e processos		
O atendimento ao cliente tem sido melhor	E9	01
O atendimento do profissional tem sido melhor	E9	01
Atender a demanda do hospital	E14	01
Caminho mais positivo para conseguir atingir as metas	E12	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

As respostas das entrevistas vão ao encontro à percepção de Brito *et al.* (2004) que relata que os hospitais estão buscando novas formas de gestão, favorecendo o trabalho em equipe e a comunicação entre os profissionais envolvidos nestas novas formas de gestão, agora organizadas em unidades produtivas e comandadas por gerentes profissionais.

Já em relação aos desafios enfrentados no exercício da função gerencial no seu dia-a-dia, a maioria das entrevistadas apontou a “falta de recursos humanos” (3 delas) e

“atender as necessidades da assistência ” (3 delas), o que traz, novamente, à tona as dificuldades por parte do enfermeiro de conciliar aspectos assistenciais e gerenciais. Por outro lado, os desafios mais mencionados referem-se ao pessoal do hospital, seguido dos pessoais das enfermeiras gerentes e, ao final, dos relacionados à estrutura e aos processos da instituição. A TAB. 14 permite visualizar todas as respostas das entrevistadas.

Tabela 14 – Desafios no exercício da função gerencial, na percepção das entrevistadas

Respostas	Entrevistadas	Total
Relativas ao pessoal		
Falta de recursos humanos	E7, E10, E8	03
Atender as necessidades da assistência	E2, E7, E14	03
Mobilizar pessoas	E3, E10	02
Fornecer assistência de qualidade	E7, E14	02
Ter pessoas com a mesma percepção, mesma visão	E3	01
Mudar pessoas	E3	01
Satisfazer a uma categoria profissional, com todos os seus anseios	E15	01
Relativas a si mesma		
Mudança de paradigma	E1	01
Capacitação na área gerencial, da parte teórica	E4	01
Encerrar cada dia pensando que tem que voltar no dia seguinte, com a mesma situação	E5	01
Traduzir a linguagem, o estilo de gestão para a sua equipe	E6	01
Lidar com a burocracia	E9	01
Saber o que vai acontecer, o que o hospital quer	E9	01
Mudança de postura, de cultura	E11	01
Se sentir estimulado a cada mudança de gerência	E11	01
Acreditar que a instituição vai sobreviver	E12	01
Atuar como gestor	E13	01
Fazer um bom trabalho	E15	01
Fazer com que os funcionários venham trabalhar com vontade de trabalhar	E15	01
Relativas à estrutura e processos		
Morosidade nos processos de aquisição de materiais e medicamentos	E2	01
Satisfazer o cliente	E7	01
Falta de integração entre os setores	E8	01
Ficar à mercê dos períodos eleitorais, da mudança de governo	E11	01
Prestar assistência de qualidade aos pacientes	E14	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Note-se que a maior parte dos desafios apontados refere-se a aspectos relacionais, voltados para demandas do pessoal, o que exige das enfermeiras um esforço maior em termos das componentes comportamentais e políticas (PAIVA, 2007), no sentido de estar permanentemente tentando agregar os esforços próprios e de terceiros rumo a uma assistência de qualidade e, como não poderia deixar de ser, a resultados positivos do ponto de vista da gestão hospitalar. Os seguintes relatos ilustram essa análise:

... eu fico de mãos atadas, me é cobrada uma assistência de qualidade e essa assistência eu não posso dar porque, na verdade, o número de pacientes continua chegando, mas a equipe está reduzida. (E7)

O meu maior desafio é atender à urgência exigida na assistência, com a morosidade dos processos de aquisição de materiais e medicamentos. (E2)

O maior desafio é se sentir estimulado a cada troca de uma gerência, para poder mudar o rumo, se for para um outro rumo totalmente diferente e não se sentir frustrado diante do trabalho que começou a se construir e daí a pouco ele não é valorizado e você tem que mudar o caminho. (E11)

Há a falta de integração entre os setores, muitas vezes quem trabalha com a linha de fundo... que não está vendo o cliente, como não existe Recursos Humanos ele não vê a importância do trabalho dele. Mas para a gente dar um bom atendimento para o cliente depende dele. (E8)

O desafio de ter pessoas na mesma percepção, na mesma visão. A gente não só conduz resultados, antes de conduzir resultados, você conduz pessoas para pensar junto, para trabalhar junto em função de um resultado e mobilizar essas pessoas para mudanças, para o que pode ser melhor... (E3)

Tendo em vista a importância das relações interpessoais desenvolvidas no interior do hospital, foi perguntado às enfermeiras gerentes a respeito de tais relacionamentos que elas desenvolvem no seu dia-a-dia.

Quanto ao relacionamento com os outros dois membros da equipe, a maioria das entrevistadas respondeu positivamente, com palavras e expressões como: “tranquilo” (5 delas), “bom” (5 delas) e “com algumas divergências” (4 delas), conforme consta na TAB. 15.

Tabela 15 – Características dos relacionamentos interpessoais com os outros membros da equipe de gestão, na percepção das entrevistadas

Respostas	Entrevistadas	Total
Positivas		
Tranquilo	E4, E5, E9, E12, E13	05
Bom	E7, E8, E9, E14, E15	05
Ótimo	E2, E4, E5	03
Respeitoso	E3, E7, E10	03
Aberto	E6, E11	02
Produtivo	E1	01
Flui muito bem com o médico	E1	01
Amigável	E3	01
De confiança	E3	01
Bem claro	E5	01
Bem objetivo	E5	01
Muito bom	E6	01
Franco	E6	01
Maduro	E6	01
Cordial	E7	01
De parceria	E10	01
De compromisso	E10	01
De diálogo	E14	01
Negativas		
Com algumas divergências	E4, E6, E12, E13	04
Com certas dificuldades	E1	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

O depoimento reproduzido abaixo denota a presença das componentes comportamental, política e ética (PAIVA, 2007) na relação entre as enfermeiras gerentes e seus colegas de gestão:

No nosso departamento a gente é muito aberto para falar problemas, o que precisa melhorar o que não precisa. Somos três mulheres ocupando esses cargos, tem mais um departamento que os três cargos são mulheres. Mas eu sinto muita liberdade em colocar e elas também, a gente joga muito aberto. Não tem aquele negócio, eu não vou falar para não melindrar não, a gente coloca tudo que precisa ser colocado e tudo que precisa ser resolvido e mesmo que seja na área do outro (E11)

A respeito do relacionamento com os subordinados, as respostas da maioria das enfermeiras gerentes também foi positiva, repetindo-se as palavras e expressões “tranquilo” (5 delas), “muito bom” (3 delas) e “bom” ou “bem” (3 delas) e, por outro lado, foram apontadas algumas dificuldades por 3 das entrevistadas, conforme consta na TAB. 16.

Tabela 16 – Características dos relacionamentos interpessoais com os subordinados, na percepção das entrevistadas

Respostas	Entrevistadas	Total
Positivas		
Tranquilo	E4, E8, E9, E12, E13	05
Muito bom	E2, E6, E14	03
Bom, Bem	E8, E11, E15	03
Respeitoso	E7, E10	02
Sem dificuldades	E3, E5	01
Eu sempre procurei ouvir a equipe	E6	01
Claro	E7	01
Objetivo	E7	01
De credibilidade	E7	01
De cumplicidade	E12	01
Negativas		
Conflituoso, às vezes	E3, E11	02
Dificuldades com alguns gerentes inseguros	E1	01
Difícil, as pessoas pensam e agem de modo diferente	E3	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Apesar da carência de pessoal apontada em outros momentos das entrevistas e de algumas dificuldades específicas com os subordinados, a análise geral das enfermeiras é positiva, como se pode resumir no relato abaixo:

O relacionamento com eles é muito bom... há uma dificuldade grande dos técnicos de enfermagem em entender a dificuldade que o hospital vive hoje de repor recursos humanos, porque é um problema que vem se arrastando há dez meses, então é uma equipe que está sobrecarregada, que está estressada. São profissionais que estão fazendo serviço por três, por quatro, recebendo ajuda de técnicos de enfermagem de outras áreas do hospital, mas que não conhecem o serviço médico de urgência, não tiveram tempo para ser treinados, nem ser orientados. Então, é assim que os profissionais estão trabalhando, os técnicos de enfermagem, eles estão muito sofridos... (E14)

Em relação aos superiores, os aspectos positivos também foram preponderantes nas respostas das enfermeiras gerentes, principalmente no que diz respeito à abertura para o diálogo (8 delas), apesar da falta de autonomia ter sido mencionada por duas entrevistadas. (TAB. 17)

Tabela 17 – Características dos relacionamentos interpessoais com os superiores, na percepção das entrevistadas

Respostas	Entrevistadas	Total
Positivas		
Aberto para a discussão e resolução de problemas	E1, E3, E4, E6, E9, E10, E11, E14	08
Tranquilo	E3, E4, E8, E9, E10, E12, E13	07
Muito bom	E2, E3, E14	03
Bom	E4, E7, E15	03
Sem dificuldades	E5	01
Mais próximo	E3	01
Reconhecimento do trabalho dos gerentes	E3	01
De confiança no meu trabalho	E12	01
Negativas		
A gerência não tem autonomia	E1, E8	02

Fonte: Dados coletados da pesquisa

O referido diálogo também é de fundamental importância para a formação e o desenvolvimento contínuo das competências profissionais das enfermeiras gerentes, tendo em vista que propicia o *feedback* necessário à reflexão nas e sobre suas ações, imprescindível à sua gestão nos níveis pessoal, profissional e organizacional, (PAIVA, 2007). Observe-se o relato:

Tem muita abertura. Eu estou há 22 anos na casa, eu nunca tive tanto espaço e porta aberta para chegar na gerência, é a primeira vez. É claro que hoje eu estou ocupando uma cargo muito mais próximo da gerência, eu assumi cargos de coordenação e que mal a gente podia bater na porta. Então a gente tem muita abertura e isso facilita muito o trabalho” (E11)

Por fim, no que tange aos relacionamentos com os demais gestores do hospital, a abertura para o diálogo também se fez presente nas respostas de 8 das entrevistadas, apesar de considerado “estressante” para duas delas. Estas e as demais respostas das enfermeiras gerentes estão sintetizadas na TAB. 18.

Tabela 18 – Características dos relacionamentos interpessoais com os demais gestores do hospital, na percepção das entrevistadas

Respostas	Entrevistadas	Total
Positivas		
Aberto para discussão, sugestões e resolução de problemas	E1, E4, E6, E7 E9, E10, E11, E14	08
Tranquilo	E5, E9, E12, E13	05
Respeitoso	E1, E3	02
Bom	E7, E8	02
De interação	E1, E3	02
De união, de parceria	E10	01
Trabalho em equipe	E9	01
Próximo	E6	01
Positivo	E13	01
Muito bom	E14	01
Ótimo	E11	01
Os gerentes enfermeiros têm facilidade de trabalhar juntos	E11	01
Franco	E6	01
Maduro	E6	01
Negativas		
Estressante, às vezes	E2, E12	02
Permeado de morosidade	E1	01
Distante (“Não tenho contato”)	E15	01
Com algumas divergências	E6	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

As trocas entre os pares parecem se conduzir de modo aberto e produtivo, apesar de alguma morosidade ter sido apontada, o que certamente guarda origens na face “pública” da instituição em questão, além do próprio modelo tripartite que envolve diálogo e negociação permanentes. Tudo isso implica na acesso às componentes comportamentais, funcionais e políticas, conforme modelo analítico adotado (PAIVA, 2007), o que pode ser observado no relato que se segue:

... aqui no hospital especificamente, a gente percebe uma boa entrada nossa nos departamentos dos demais, para levar soluções e mesmo problemas que precisam ser resolvidos, ou que dependem da intervenção dos outros departamentos e unidades. Mas também com uma certa morosidade, porque o processo como um todo é moroso”. (E1)

Por fim, uma das características peculiares do hospital estudado é a presença de profissionais com vínculos de trabalho diferentes (servidores concursados e profissionais contratados), o que poderia implicar em condutas diferenciadas por parte da gerência. Diante dessa face da realidade das enfermeiras gerentes pesquisadas, foi-lhes questionado se havia diferenças no tratamento desses profissionais. Quanto a isso, apenas 6 delas apontaram que evitam fazer distinções, enquanto a maior parte das entrevistadas listou diversos problemas, dentre eles que os funcionários estão sujeitos às mesmas condições de trabalho, porém com contrapartidas, inclusive salariais, diferenciadas (4 entrevistadas) e que o relacionamento entre tais grupos de trabalhadores é conflituoso (3 entrevistadas). Observem-se todas as respostas listadas na TAB. 19.

Tabela 19 – Trato com profissionais com vínculos de trabalho diferentes no interior do hospital, na percepção das entrevistadas

Respostas	Entrevistadas	Total
Sem distinções		
Eu procuro não fazer distinção entre eles	E3, E4, E5, E10, E11, E13	06
Com distinções		
Executam a mesma função com carga horária, direitos e salários diferentes	E1, E3, E8, E14	04
Relacionamento conflituoso entre os funcionários concursados e os contratados	E2, E7, E13	03
O contratado se sente inferiorizado em relação ao concursado	E4, E6	02
A própria instituição cria as diferenças	E9, E3	02
Executam a mesma função com regimes de trabalho diferentes	E1	01
Insatisfação por parte dos contratados influencia na qualidade do trabalho	E1	01
Insegurança por parte dos contratados	E1	01
A situação é conflitante	E2	01
A rotatividade traz perda de potencial de conhecimento	E6	01
Perda de profissionais que a gente forma e saem daqui	E6	01
Gerenciar as diferenças no dia-a-dia não é fácil	E6	01
É uma falta de respeito	E8	01
O funcionário não cria vínculo com a instituição	E8	01
De rispidez entre os profissionais	E9	01
Não é justo	E1	01
Os funcionários concursados não aceitam o enfermeiro contratado como chefe	E9	01
A questão do respeito fica um pouco a desejar	E12	01
No meu setor só tem funcionários concursados	E15	01
Eu vejo discriminação	E12	01
O novo contrato vai ter mais direito	E14	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

A realidade vivenciada pelos profissionais contratados da instituição traduz o que foi escrito por Alves *et al.* (2008), pois os trabalhadores têm sentido nas relações de trabalho o impacto dos novos modelos de gestão, já que o enxugamento do quadro de pessoal, a precarização das condições de trabalho, o corte de benefícios e a intensificação da carga de trabalho são hoje uma realidade nas organizações. As autoras completam dizendo que “essa situação é agravada em face da redução de postos de trabalho e pela vulnerabilidade de algumas ocupações à atual crise econômica (ALVES *et al.* , 2008, p. 77).

Essas distinções de tratamento parecem difíceis de serem administradas, pois envolvem políticas de gestão muitas vezes além do escopo de autonomia dos gestores, além da sua penetração em diversas esferas (organizacional, gerencial, individual), como pode-se observar nos relatos que se seguem:

Eu acho muito triste, porque são dois profissionais, que executam as mesmas funções no caso do concursado e do contratado. Eles executam as mesmas funções, têm regimes de trabalho diferentes e salários diferentes. Não acho justo, para quem exerce a mesma função... por exemplo, o não vínculo mais com a instituição, o corte desse vínculo, mesmo que seja contrato, existe uma insatisfação muito grande e isso, querendo ou não, é perceptível que influencia na qualidade do trabalho. (E1)

... eu penso que só o concurso mesmo, que poderá colocar todos no igual trato, mas as pessoas de uma maneira geral, não só eu, mas os outros, eu vejo que eles tratam de uma maneira de igual. Mas o próprio sistema é que corrompe, fazendo as diferenças entre os dois grupos, privilegiando mais uns do que outros, em função de um contrato de trabalho... (E3)

Eu já falei, acho um horror. Eu já passei por essa experiência, trabalhei de contrato na FHEMIG e no Hemominas em Contagem, e a gente vai pulando mesmo, por exemplo, se me paga melhor no outro eu vou. Eu não crio vínculo com a instituição, se a instituição não cria vínculo comigo, por que eu vou criar com ela? Por que eu vou ter esse vínculo com ela? Porque amanhã eu vou embora, não tenho nada, não tenho segurança. Eu acho que uma instituição que quer ter um boa qualidade, ela não pode trabalhar com dois níveis de funcionários para exercer a mesma função, ganhando menos e trabalhando mais horas. Isso aí eu acho inadmissível. Um gestor que pensa, que acha que isso é normal [...] não tem uma noção básica, porque hoje o que se fala mais que é o mais importante hoje são os recursos humanos para uma instituição dar certo, ir para frente, atingir seus objetivos. Se não tem... todo mundo vai trabalhando, vai fazendo as coisas. Uma hora acontece alguma coisa (E8)

... no contrato anterior com a FHEMIG, éramos impedidos de conseguir algo mais próximo, até pelo conteúdo do contrato. Hoje, no novo contrato, o IPSEMG está possibilitando uma equidade maior, ou seja, mesmos direitos, mesmo deveres e isso é muito bom para a instituição, no meu entendimento. E se é uma instituição que hoje trabalha com a gerência pela qualidade, com acordo de resultados e com indicadores, como trabalhar

com recebimento de produtividade em cima de meta atingida se o pessoal contratado antes não recebia essa produtividade... há uma porta aberta para que isso ocorra de forma igual para todos (E11)

...mas eu vejo que algumas coisas vão ser melhoradas, que este contrato concedeu aos contratados algum direito equivalente aos concursados. Por exemplo, vai poder receber adicional noturno, insalubridade, se ele estiver estudando vai ter direito ao abono prova também....ele vai ter a oportunidade de fazer hora extra e ela ser remunerada que de certa forma isso é bom, pode melhorar o salário fazendo a hora extra, que só o efetivo poderia fazer.... para ele sentir essa igualdade, se sentir mais valorizado... e o servidor, independente se ele for concursado ou contratado, mas se ele conseguir enxergar no final do mês o seu trabalho sendo reconhecido como forma de pagamento, que vai dar para ele ter uma condição de vida melhor também, ele vai ter mais vontade, mais ânimo e até vai se sentir mais valorizado e respeitado dentro da instituição que ele trabalha e vai querer continuar com aquilo (E14)

Algumas das entrevistadas fizeram comentários ao final da entrevista, sendo que a maioria destes se referiram a questões estruturais e processuais da instituição, seguidas de outros sobre seu corpo funcional, conforme foram organizados na TAB. 20.

Tabela 20 – Comentários finais das entrevistadas

Respostas	Entrevistadas	Total
Sobre a organização		
O IPSEMG está passando por um processo de mudança que a gente acredita que seja para melhor	E9, E14	02
Acreditamos que o novo processo de gerenciar seja melhor	E9, E14	02
A mudança de estrutura na instituição não trouxe uma contribuição importante	E5	01
A comunicação não foi estabelecida de forma eficaz	E5	01
A instituição é uma empresa que tem que ter uma assistência de qualidade visando uma titulação (ONA) e visando o lucro	E9	01
Sobre as pessoas		
Toda equipe do serviço de enfermagem foi comprometida	E5	01
Os colaboradores têm que ser envolvidos no processo, eles têm que acreditar	E9	01

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Note-se, por fim, que o alcance dos objetivos organizacionais depende da ação dessas gestoras, principalmente quando se tem planejados certificações e processos de acreditação como os mencionados no seguinte relato:

O IPSEMG está passando por um processo de mudança que a gente acredita que seja para melhor... eu acho que o IPSEMG tende a melhorar com essa nova visão, uma visão que é uma instituição que é uma empresa e que tem que ter uma assistência de boa qualidade e visando o lucro sim, visando aí uma titulação de ONA... (E9)

No decorrer das entrevistas e da análise de seus dados, alguns temas chamaram a atenção na fala das entrevistadas, a saber:

- a) o diálogo entre as equipes (E1, E2, E4, E6, E7, E9, E10, E11, E12, E13, E14);
- b) as divergências entre servidores concursados e profissionais contratados (terceirizados) (E1, E2, E6, E7, E8, E9, E12, E14, E15).
- c) a visibilidade do enfermeiro no interior do hospital (E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E13, E14);
- d) a participação nos processos decisórios (E1, E4, E5, E10, E13, E14);
- e) a falta de comprometimento dos profissionais do hospital (E1, E3, E4, E9, E10, E15);
- f) a “burocracia” e a morosidade presentes no hospital (E1, E5, E8, E9, E15);
- g) a falta de autonomia da gerência (E1, E8, E9, E14); e,
- h) o momento político (ano de eleição), permeado de indefinições quanto ao futuro da instituição (E7, 11, E12)

como apontam os comentários abaixo:

... o que eu percebo é que essa insatisfação, até medo da situação que a gente está vivendo, que a gente não sabe onde vai dar, do atual momento político, que a gente realmente não sabe o que vai acontecer, então a gente tem se encontrado mais, tem conversado muito, o que eu percebo que é o desejo de manter o IPSEMG de pé.... (E7)

...estar numa gerência, seguindo uma linha, uma diretriz e quando a administração pública muda, né, os governos mudam, e isso tem um reflexo direto na administração dos hospitais, então, essa descontinuidade, eu acho que é um grande desafio, é a maior dificuldade, eu entendo dessa forma (E12)

O relato que se segue foi considerado emblemático para finalizar a apresentação e a análise dos dados, tendo em vista espelhar a trajetória da enfermeira, suas relações, dilemas e avanços na consolidação de sua competência profissional e gerencial no interior no hospital:

Só queria acrescentar que para mim essa função de gerente é algo muito novo, que ainda está sendo construído e eu tenho vivido e presenciado muitas dificuldades, tenho de certa forma sofrido um pouco também com a falta de maturidade gerencial do enfermeiro que trabalha na assistência... porque é uma bola de neve mesmo, tudo começa, é um quebra-cabeça, tudo tem que ser montado de forma muito organizada para que no final nosso produto saia 100% perfeito que é a qualidade bem prestada ao paciente... Então como eu tenho 10 anos de formada, 10 não, tenho 11 anos de formada, 10 anos que eu trabalho aqui no hospital, mas eu sempre executei uma função que era assistencial e agora não tem nem um ano que eu estou aqui nessa função de ser gerente e eu nunca tive interesse pela função gerencial ou pela parte gerencial e na faculdade isso também é pouco explorado também. A gente se preocupa mais com a parte da assistência do que com a parte gerencial, ao longo da vida a gente percebe que é importante a parte gerencial, mas só quando você se torna um é que você vê as dificuldades que aparecem no dia-a-dia e o poder de resolução que não está na mão só de um gerente, está fragmentado e quando a gente fala de um hospital que é um hospital estadual ele está fragmentado em várias partes então tudo isso dificulta muito o trabalho do gerente e dificulta o trabalho do enfermeiro e dificulta também a qualidade do serviço que é dado para o paciente que está aqui também. Mas no final a responsabilidade é compartilhada, é de todos, porque quando um usuário sai daqui satisfeito, ele sai satisfeito com a instituição. Mas quando ele sai daqui insatisfeito ele também está insatisfeito com a instituição e a instituição é formada por todos que trabalham aqui, presentes ou à distância (E14)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Objetivo geral da pesquisa desta dissertação foi analisar como se encontram configuradas as competências profissionais das enfermeiras-gestoras do Hospital Governador Israel Pinheiro, na percepção delas próprias, considerando o modelo de gestão compartilhada implementado na instituição.

O referencial teórico foi dividido em duas partes. Na primeira parte, foi abordada a função gerencial, sob o olhar dos autores clássicos e contemporâneos; em seguida foi descrito o trabalho gerencial da enfermagem. Na segunda parte, foi discutida a competência profissional e gerencial, além da competência de enfermagem de acordo com os principais autores que escrevem sobre o tema. A abordagem escolhida para atender a um dos objetivos específicos e apoiar a análise da pesquisa foi o modelo de Paiva (2007).

Na metodologia, foi esclarecido que esta dissertação contou com uma pesquisa de campo, descritiva, nos moldes de um estudo de caso, com abordagem essencialmente qualitativa. Foram entrevistadas 15 enfermeiras-gerentes e os dados coletados foram analisados à luz da técnica de “análise de conteúdo”.

Voltando-se para a caracterização do hospital abordado, na sua estrutura organizacional, a Gerência Hospitalar tem subordinada a ela os seguintes departamentos: Departamento de Unidades de Internação (DEUNI), Departamento de Unidades Críticas (DEUNC), Departamento de Diagnóstico e Tratamento (DEDT) (diagnósticos e tratamento), Departamento de Suprimentos e Logística (DESUL), Departamento Administrativo e Financeiro e Departamento Ambulatorial (DEAMB), que não fez parte deste estudo. O modelo tripartite foi adotado nos departamentos assistenciais da estrutura hospitalar que são o Departamento de Unidades de Internação, o Departamento de Unidades Críticas, e o Departamento de Diagnóstico e Tratamento, cuja equipe é composta pelos gerentes médico, enfermeiro e administrativo; o Departamento de Suprimentos e Logística, cuja equipe é composta pelos gerente enfermeiro e administrativo e o Departamento Administrativo e

Financeiro, composto por dois gerentes administrativos.

Após a caracterização das entrevistadas, por meio de dados demográficos e funcionais, observou-se que, na sua percepção, o modelo de gestão tripartite implementado nos departamentos assistenciais possibilita a interdisciplinaridade e a visão do todo, pois os profissionais passaram a ter um conhecimento também das outras áreas de trabalho, o que favorece as discussões e a busca de soluções para os problemas que surgem no departamento e também contribui para uma melhor participação nos outros departamentos, já que a Gerência Hospitalar promove reuniões onde são apresentados e discutidos os projetos de cada departamento. Nesse contexto, a enfermeira assumiu um papel diferenciado, tendo em vista a diversidade de suas funções e as dificuldades em termos de se estabelecer enquanto “gerente”.

Nesse sentido, os dados apontaram para a exteriorização da competência profissional das enfermeiras gerentes apoiada em todas as componentes, com destaque para a Funcional, a Comportamental, a Política e a Cognitiva, ficando a Ética restrita a alguns relatos mais esparsos. Quanto à configuração das competências profissionais da enfermeiras gestores, a componente mais recursiva foi a comportamental, fato interessante, tendo em vista a importância do seu desenvolvimento no dia-a-dia da enfermeira gestora. Segundo o modelo de Paiva (2007), esta componente diz respeito ao “socia/vocacional (autoconfiança, persistência, controle emocional e de estresse, habilidades de escuta e interpessoais, empatia, foco em tarefas, etc.)” (PAIVA, 2007, p. 43). Tendo sido o estudo desenvolvido em um ambiente hospitalar, as profissionais estão, o tempo todo, sendo testadas a desenvolver essa competência, já que se trata de um ambiente de cobrança de resultados; de muito estresse, onde têm que conviver com situações de doença e morte de pacientes e têm que lidar com outros agentes sociais da equipe interdisciplinar.

As componentes cognitiva e funcional, também expressivas nas respostas das entrevistadas, foram explicitadas principalmente em virtude do fato de as enfermeiras-gestoras do hospital estudado entenderem ser importante que elas tenham conhecimento (componente cognitiva) e vivência da parte assistencial, da

gerência do cuidado e da experiência prática (componente funcional). As entrevistadas sublinharam a importância da experiência prática, da experiência técnica e do exercício da assistência como elemento de desenvolvimento da competência profissional no nível gerencial, denotando que o conhecimento teórico (componente cognitiva) se mantém oxigenado por meio da sua aplicação na prática diária (componente funcional).

Outro aspecto interessante foi a componente política ter sido pouco abordada pelas entrevistadas, tendo em vista que o estudo foi desenvolvido em um hospital público, que sofre constantes influências das decisões políticas do Estado; além disso, o “jogo do poder” que permeia toda e qualquer estrutura organizacional foi pouco explicitado, assim como as questões históricas que envolvem os membros da equipe interdisciplinar, principalmente entre profissionais da medicina e da enfermagem. Por fim, a componente ética ter sido pouco expressiva nos relatos das entrevistadas é um fato a ser melhor investigado, pois o desenvolvimento dessa competência diz de valores pessoais e profissionais que são usualmente trabalhados desde a formação acadêmica do profissional no curso de graduação em enfermagem, e que se estende no seu cotidiano de trabalho.

Foi possível observar, também, a importância do *feedback* da própria enfermeira e de terceiros para o desenvolvimento de suas competências e o realinhamento de seus comportamentos, os quais visam tanto a assistência como os resultados econômicos, tanto pessoas como processos, tanto o paciente como o corpo funcional que o atende.

Além disso, a preponderância de ações individuais em relação à gestão das competências das entrevistadas denota fragilidades do ponto de vista da coletividade, fato preocupante quando se considera a profissão de enfermagem e, em sentido mais amplo, qualquer outra cujos membros atuam de modo mais isolado. Isso reforça a percepção de Paiva (2007) quanto ao caráter individual e individualizante do discurso e dos processos envolvidos na gestão de competências em organizações contemporâneas.

Assim, o modelo de Paiva (2007) concretizou-se como uma escolha adequada à

análise do fenômeno observado, dada sua flexibilidade em termos da relação entre as componentes da competência profissional e as ações que as espelham, as quais podem variar de contexto para contexto, porém pautando-se nas mesmas componentes mencionadas, esmiuçadas em vários níveis.

Notou-se também que, apesar de o modelo de gestão compartilhada (tripartite) ter sido implementado no hospital a partir de setembro de 2008, o organograma ainda não foi publicado pelo Estado, mesmo tendo sido este modelo adotado por outros hospitais, o que certamente tem gerado confusões a respeito do papel de cada membro das gerências, fato que certamente contribuiu de modo limitador nessa pesquisa.

Do mesmo modo, a escolha pelo estudo de caso foi necessária, mas limitante: ao mesmo tempo em que permitiu uma inserção de modo aprofundado, limitou o escopo de generalização de resultados, o que, por outro lado, pode ser ampliado com a execução de pesquisas similares em outras instituições com modelo de gestão semelhante. Outro aspecto limitante foi ter-se abordado apenas a gerente enfermeira, tendo em vista as peculiaridades desta profissional em relação aos demais. Deriva deste ponto outra sugestão para investigações futuras: pesquisar os outros gerentes, que não enfermeiros, do hospital abordado, assim como os de outros que adotem tal estrutura, de modo a permitir comparações que possam contribuir para melhorias dos processos de gestão pelos quais tais atores são responsáveis. Ainda pode-se apontar que as unidades de análise foram as mesmas de observação, implicando percepções de sujeitos de pesquisa a respeito de si mesmos o que, no caso da temática “competências profissionais”, pode ser ampliado de modo a se considerar as percepções de outros profissionais das equipes de saúde a respeito de seus gestores. Note-se que o mesmo pode ser feito em organizações com propósitos distintos, ou seja, analisar a competência do gestor, na percepção de outros públicos e profissionais que com ele lidam.

Por fim, diante da realidade observada no hospital público abordado, recomenda-se às gestoras que exercitem com afincamento sua reflexão e estabeleçam um diálogo mais aberto e profundo com os demais profissionais, de modo a manterem-se competentes nos seus cargos, sejam eles quais forem. Quanto ao hospital, convém

esforçar-se institucionalmente junto ao Estado de modo a formalizar legalmente o modelo de gestão já implementado e, a partir disso, minimizar as dúvidas e inseguranças de seu corpo funcional, assim como rever suas políticas de gestão de pessoas, principalmente no que tange aos contratos temporários, tendo em vista os conflitos observados neste estudo e as possíveis conseqüências negativas que eles podem gerar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. *et al.* A formação do enfermeiro frente a reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 505-10, out/dez, 1986.

ALVES, M; GODOY, SOLANGE CB; BRITO, MJ. Relações de sofrimento e prazer no trabalho: ambigüidades no espaço organizacional. IN: HELAL, Diogo H; GARCIA, Fernando C; HONÓRIO, Luiz Carlos. **Gestão de Pessoas e Competências: Teoria e Pesquisa**. Curitiba: Juruá, 2008. p. 61 a 80.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa (Portugal): Edições 70 LDA, 2009. 281 p.

BOURDIEU, Pierre. **A Miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997. 747 p.

BARBOSA A.C.; RODRIGUES, M. A. Um Olhar Sobre os Modelos de Gestão de Competências Adotadas por Grandes Empresas Brasileiras. In: XXIX ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO. Brasília. **Anais...** 29º ENANPAD, 2005. CD-ROM.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNE/CES n. 03 de 07 de novembro de 2001: Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de Nov. 2001. Seção 1:37

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

BRITO, Maria J. M; CHAVES, M. M. O Trabalho da Enfermeira-gerente no contexto hospitalar: um estudo de caso sobre habilidades e funções à luz da teoria gerencial. **Revista de Práticas Administrativas**, v. 2, n. 3, p. 45- 60, 2005.

BRITO, M. J. M; MELO, M.C.O.L.; MONTEIRO, P.R.R; COSTA, J.O. Interfaces das mudanças hospitalares na ótica da Enfermeira-gerente. **Revista de Administração de Empresas**, v. 44, Edição Especial Minas Gerais, 2004, p. 34-47.

CAMPOS, Claudirene; SANTOS, LGS. A percepção do enfermeiro sobre o seu papel no gerenciamento de custos hospitalares. **Revista Mineira de Enfermagem**; 12(2): 249-256, abr./jun., 2008

CARVALHEIRO, J. R. (1999) **Os desafios para a saúde. : estudos avançados**, n. 35, 1994, pp. 7-20 .

CHEETHAM, G; CHIVERS, G. Towards a Holistic Model of Professional Competence. In: **Journal of European Industrial Training**, v. 20, n.5, p. 20 – 30, 1996.

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. In: **Journal of European Industrial Training**, v. 22, n.7, p. 267-276, 1998.

CHEETHAM, G; CHIVERS, G. A New Look at competent Professional Practice. In: **Journal of European Industrial Training**, v. 24, n.7, p. 374-383, 2000.

CUNHA, Isabel C. K. O; NETO, Francisco R. G. X. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15 (3): 479-82.

DAVEL, Eduardo.; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes. Singularidades e Transformações no Trabalho dos Gerentes. In: DAVEL, D.; MELO, M.C.O.L. **Gerência em ação: Singularidades e Dilemas do Trabalho dos Gerentes**. Rio de Janeiro. FGV, 2005. 338 p.

DELUIZ, N. 1995. . **Formação do Trabalhador: Produtividade & Cidadania**. Rio de Janeiro: Shape Editora, 1995.

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

FAYOL, Henry. **Administração industrial e geral**. São Paulo: Atlas, 1968. 182 p.

FELLI, Vanda Elisa Andres; PEDUZZI, Marina. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 1, p. 1 – 13.

FLEURY, Afonso Carlos Correa; FLEURY, Maria Tereza Leme. **Estratégias Empresariais e Formação de Competências**. São Paulo: Atlas, 2004.

GEOVANINI, T. et.al. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995

GOMES, E. L. R. *et al.* Dimensão Histórica da Gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: **O Trabalho em Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997 (p. 229-250).

GONÇALVES, E. L. (organizador). **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1989.

HIRATA, Helena. Transferência de tecnologias de gestão: o caso dos sistemas participativos. In: SOARES, R. (Org.). **Gestão da empresa, automação e competitividade**. Brasília: IPEA/IPLAN, 1990.

JORGE, MSB; FREITAS, CHA; NÓBREGA, MFB; QUEIROZ, MVO. Gerenciamento em enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 60 número 1. Brasília, Jan/Fev. 2007.

JUNQUEIRA, L.A.P. Gerência dos Serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, setembro de 1990.

KATZ, R. **As Habilidades de um Administrador Eficiente**. São Paulo: Nova Cultural, 1986.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber**. Porto Alegre: Artmed.1999

LE BOTERF, G. De la compétence – essai sur un attracteur étrange. In: **Les éditions d'organisations**. Paris: Quatrième Tirage, 1995.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3. Ed. Porto Alegre: ArtMed Editora, 2003.

LE BOTERF, G. **Compétence et navigation professionnelle**. Paris: Editions d'Organisation, 1999.

LEVY-LEBOYER, C.. **La gestion des compétences**. Paris : Les Editions d'Organisation, 1996.

LIKERT, R. **Novos padrões de administração**. São Paulo: Pioneira, 1971.

LUZ, T. R. **Telemar Minas: competências que marcam a diferença**. 200. Tese de doutorado em Administração, Faculdade de Administração, Universidade Federal de Minas Gerais UFMG

MACHADO, Lucília R. de 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. 277-31.

MACHADO, Marília Novais da Mata. **Entrevista de Pesquisa: a interação pesquisador / pesquisado**. Belo Horizonte: C / Arte, 2002. 152 p.

MELO, M. C. O. L. *et al.* Em busca de técnicas complementares em pesquisa qualitativa no campo da Administração. In: GARCIA, F. C.; HONÓRIO, L. C. (coords.). **Administração, Metodologia, Organizações, Estratégia**. Curitiba: Juruá, 2007. (p. 67-79).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

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

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 2003. 256 p.

PAGÈS, 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**. Belo Horizonte, 2007. Tese de doutorado em Administração Faculdade de Administração, Universidade Federal de Minas

Gerais UFMG.

PAIVA, K. C. M.; MAGESTE, G. S. Ação, Devoção e Desilusão: Incluindo as Categorias Cultura e Tempo na Análise da Função Gerencial. In: ENANPAD, 2008 Rio de Janeiro, RJ. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ: Anpad, 2008

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

PERES, A. M. P.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**. 2006 Jul-Set; 15(3):492-9.

PROCHNOW, A.G.et al. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2007; 41 (4): 542-50.

QUINN, ROBERT E. et al. **Competências Gerenciais**: princípios e aplicações. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 416 p.

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

REED, Michel, **Sociologia da Gestão**, Oeiras, Portugal: Celta, 1997. 167p.

ROTHBARTH, Solange; WOLFF, Lilian D. G.; PERES, Aida M. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicada à enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18 (2): 321-9.

RUAS, Roberto Lima. Desenvolvimento de Competências Gerenciais e Contribuição da Aprendizagem Organizacional. In: FLEURY, M.T.L; OLIVEIRA, Jr; Moacir Miranda (Org.). **Gestão estratégica do conhecimento**: integrando aprendizagem, conhecimento e competência. São Paulo: Atlas, 2001

SANCHES VF, CHRISTOVAM BP, SILVINO ZR. Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar - uma visão dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**. 2006 Ago; 10 (2): 214-20.

SILVA, Kênia L; SENA, Roseni R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Escola de Enfermagem da USP** vol .42 n.1. São Paulo Mar. 2008.

TAYLOR, F.W. Princípios de administração científica. São Paulo: Atlas, 1970

TREMBLAY, M.. SIRE, B.. Rémunérer les compétences plutôt que l'activité ? Paris. **Revue Française de Gestion**, nov-dez, 1999.

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

VIEIRA, Adriane; LUZ, Talita Ribeiro da. Do saber aos saberes: comparando as noções de qualificação e competência. **Revista O&S**, v.12, n. 33, abril-junho 2005

ZARIFIAN, P. **A gestão da e pela competência**. Rio de Janeiro, Seminário Educação Profissional, Trabalho e Competências, Centro Internacional para a Educação, Trabalho e Transferência de Tecnologia, 1996. mimeo.

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

WEIRICH, CF; MUNARI, DB.; MISHIMA, SM.; BEZERRA, ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2009 Abr-jun; 18 (2). 249-57

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Pesquisa com Enfermeiras Gestoras de um hospital público de Belo Horizonte.

Pesquisadora: Vera Lúcia Vieira Martins

DADOS DEMOGRÁFICOS

<p>1 – Sexo</p> <p>a. () Masculino</p> <p>b. () Feminino</p> <p>2 – Faixa Etária</p> <p>a. () até 25 anos</p> <p>b. () de 26 a 30 anos</p> <p>c. () de 31 a 35 anos</p> <p>d. () de 36 a 40 anos</p> <p>e. () de 41 a 45 anos</p> <p>f. () de 45 a 50 anos</p> <p>g. () mais de 50 anos</p> <p>3 – Estado Civil</p> <p>a. () solteiro</p> <p>b. () casado</p> <p>c. () desquitado / divorciado / separado</p> <p>d. () viúvo</p> <p>e. () união estável</p> <p>f. () outro: _____</p> <p>4 – Escolaridade</p> <p>a. () Ensino superior completo</p> <p>b. () Especialização incompleto</p> <p>c. () Especialização completo</p> <p>d. () Mestrado incompleto</p> <p>e. () Mestrado completo</p> <p>f. () Doutorado incompleto</p> <p>g. () Doutorado completo</p> <p>5- Há quanto tempo formou-se em Enfermagem?</p> <p>a. () menos de 1 ano</p> <p>b. () de 1 a 5 anos</p> <p>c. () de 6 a 10 anos</p> <p>d. () de 11 a 15 anos</p> <p>e. () de 16 a 20 anos</p> <p>f. () mais de 20 anos</p>	<p>6 – Há quanto tempo você trabalha neste hospital?</p> <p>a. () menos de 1 ano</p> <p>b. () de 1 a 5 anos</p> <p>c. () de 6 a 10 anos</p> <p>d. () de 11 a 15 anos</p> <p>e. () de 16 a 20 anos</p> <p>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</p> <p>b. () de 1 a 5 anos</p> <p>c. () de 6 a 10 anos</p> <p>d. () de 11 a 15 anos</p> <p>e. () de 16 a 20 anos</p> <p>f. () mais de 20 anos</p> <p>9 – Quanto tempo de experiência você tem na função gerencial, incluindo sua atuação em outras organizações?</p> <p>a. () menos de 1 ano</p> <p>b. () de 1 a 5 anos</p> <p>c. () de 6 a 10 anos</p> <p>d. () de 11 a 15 anos</p> <p>e. () de 16 a 20 anos</p> <p>f. () mais de 20 anos</p> <p>10 – Você teve alguma formação acadêmica em nível de pós-graduação na área de gestão?</p> <p>a. () não.</p> <p>b. () sim. Qual? _____</p>
--	---

ROTEIRO

- 1- Na sua opinião, o que é ser um gestor, de uma forma geral?
- 2- E ser gestor neste hospital?
- 3- Que particularidades você percebe nesta nova proposta de estrutura organizacional com a gestão do Enfermeiro compartilhada com mais profissionais?
- 4- O que é ser um profissional competente nos dias de hoje?
- 5- E, especificamente, o que é ser um enfermeiro competente?
- 6- E um enfermeiro-gerente competente?
- 7- O que você faz para ser um “enfermeiro-gerente competente”?
- 8- Quais são as suas dificuldades nesse sentido?
- 9- O Hospital contribui neste sentido? Se sim, como?
- 10- Como você acha que os enfermeiros gerentes se vêem aqui dentro?
- 11- Como você acha que os outros membros da equipe vêem o enfermeiro gerente aqui?
- 12- Voltando-se para o lado gerencial, que dificuldades ou pontos negativos você enfrenta nessa função?
- 13- E as facilidades, ou pontos positivos?
- 14- Que desafios você percebe no seu dia-a-dia no que tange ao exercício da função gerencial neste hospital?
- 15- Como é seu relacionamento com os demais membros da equipe?
 - i. Com os dois outros membros do seu departamento?
 - ii. Com os subordinados?
 - iii. Com os superiores (gerência hospitalar)?
 - iv. Com os demais gerentes dos outros departamentos ou unidades?
- 16- Enquanto gestor, como você percebe o trato com profissionais com vínculos de trabalho diferentes (servidores concursados X profissionais contratados) no interior deste hospital?
- 17- Diante das perguntas colocadas, você gostaria de acrescentar algo que não foi questionado?

Obrigada

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa Competências profissionais e gerenciais em um hospital público: a percepção dos Enfermeiros.

Você foi selecionado para participar deste estudo em função de ocupar um cargo gerencial e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você não receberá nenhum pagamento pela participação neste estudo, bem como não terá nenhum tipo de gasto.

O objetivo deste estudo é descrever e analisar como se encontram configuradas as competências profissionais e gerenciais de enfermeiros-gestores de um hospital público de grande porte.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um roteiro de entrevista contendo 20 perguntas abertas, com duração em média de 60 minutos.

Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, pois se trata de um roteiro de entrevista já desenvolvido, aplicado e validado na área de gestão.

Os benefícios relacionados com a sua participação são o melhor entendimento de como se encontram configuradas as competências gerenciais de enfermeiros-gestores de um hospital público de grande porte.

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

Contatos com os responsáveis pelo estudo:

1. Vera Lúcia Vieira Martins. Telefones: 32473191 e 84745504

2. Magali de Oliveira Lima (Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Israel Pinheiro) Telefone: 32372145. Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 225. B.H./MG CEP: 30130-110

Declaração do termo de consentimento pós-informação

Declaro que fui suficientemente informado (a) a respeito do estudo: Portanto, declaro que concordo com a participação neste estudo.

Nome do participante (em letra de forma)

Assinatura do participante

Data

Nome da pesquisadora responsável

Assinatura da pesquisadora responsável

Data