

FACULDADE NOVOS HORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração
Mestrado

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS:
um estudo em um hospital filantrópico mineiro**

Welinton Jesus Santos Junior

**Belo Horizonte
2011**

Welinton Jesus Santos Junior

COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS:
um estudo em um hospital filantrópico mineiro

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Administração.

Orientadora: Profª Drª Kely César Martins de Paiva

Área de concentração: Organização e estratégia

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

Belo Horizonte
2011



Faculdade Novos Horizontes
Mestrado Acadêmico em Administração

**MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO
DA FACULDADE NOVOS HORIZONTES**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Organização e Estratégia

MESTRANDO(A): **WELINTON JESUS SANTOS JUNIOR**

Matrícula: 770289

LINHA DE PESQUISA: Relações de Poder e Dinâmica nas Organizações

ORIENTADOR(A): Prof^a Dr^a Kely Cesar Martins de Paiva

TÍTULO: COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS: um estudo em um hospital filantrópico mineiro.

DATA: 04/08/2011

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Kely Cesar Martins de Paiva
ORIENTADORA
Faculdade Novos Horizontes

Profª Drª Aleixina Maria Lopes Andalécio
Faculdade Novos Horizontes

Prof. Dr. Daniel Jardim Pardini
FUMEC

**DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

Declaro ter procedido à revisão da Dissertação de Mestrado, área de concentração: Organização e Estratégia, de autoria de WELINTON JESUS SANTOS JÚNIOR, sob a orientação do Profa. Dra. Kelly César Martins de Paiva, apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, intitulada: **"COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS: um estudo em um hospital filantrópico mineiro"**, contendo 91 páginas.

Dados da revisão:

Ortográfica

Redação

Início: 20/06/2011 Término: 27/06/2011

Belo Horizonte, 27 de junho de 2011..

Prof.(a): Patrícia Rodrigues Tanuri Baptista

Assinatura: _____



A minha filha, Júlia, e a minha esposa, Andreza, pelos momentos de incentivo e compreensão, desta que foi uma longa caminhada do saber.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a “Deus”, pela força no cumprimento desta etapa de minha vida.

À professora Kely Paiva, pelos momentos de incentivo, em que, diversas vezes, me fortalecia com o sentimento de conseguir conquistar este objetivo.

A minha família, em especial a minha mãe, Lúcia, pelos momentos em que esteve sempre presente, com suas palavras de incentivo.

Aos meus colegas, em especial, a Leandro, pelo convívio no campo da pesquisas e por suas valiosas sugestões.

Agradeço à Fapemig, pelo apoio recebido e, em especial, aos bolsistas de iniciação científica, Lucas, Roberta, Sthefania e Valéria.

"A primeira lei da natureza é a tolerância - já que temos todos
uma porção de erros e fraquezas".
(Voltaire)

RESUMO

Diante do cenário da saúde no Brasil, em especial dos hospitais, da importância do profissional de enfermagem nessas organizações e das dificuldades envolvidas no processo de gestão de competências – que inclui diversos atores: próprio sujeito, organização, instituições de ensino, Estado –, o objetivo da pesquisa foi analisar como se configuram e são geridas as competências profissionais de enfermeiros de um hospital filantrópico, localizado em Diamantina (MG), na percepção deles próprios e de outros membros da equipe de enfermagem. A pesquisa de campo foi caracterizada como descritiva, com abordagem qualitativa, nos moldes de um estudo de caso. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas, que incluíram a aplicação de uma técnica projetiva de associação de figuras, o que configurou uma triangulação intramétodo. Foram entrevistados 5 enfermeiros e 10 membros da equipe de enfermagem do hospital (dois auxiliares e oito técnicos), o que configurou uma triangulação de dados. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo. A pesquisa foi realizada após aprovação do projeto em dois Comitês de Ética em Pesquisa e da autorização da direção do hospital abordado. As competências profissionais identificadas como requeridas do enfermeiro foram semelhantes entre os dois grupos investigados, tendo sido listados o conhecimento teórico e técnico atualizado e o trabalho em equipe. Para apresentarem tais competências, eles indicaram como necessária a experiência diária, principalmente voltada para o lidar com pessoas. No entanto, as competências observadas no cotidiano dos enfermeiros relacionam-se à realização de procedimentos e à coordenação da equipe, denotando maior preocupação com aspectos assistenciais do que com gerenciais, os quais são típicos da profissão no contexto abordado. Segundo eles, a gestão de competências é realizada prioritariamente pelo próprio enfermeiro, principalmente por meio de cursos de atualização e pelo exercício prático da função dentro do hospital, indicando o caráter individualizado dessa gestão. Como aspectos dificultadores, foram apontadas a falta de cursos e a de infraestrutura da organização, implicando fragilidade institucional no processo, sendo esta potencializada em virtude da tímida participação do conselho profissional e dos sindicatos, percebidos pela maioria como atores omissos no referido processo. Tanto enfermeiros como membros de suas equipes dentro do hospital enfatizam as faces cognitiva, funcional, comportamental ética e política no exercício competente das atividades dos primeiros, tendo eles muitas dificuldades na gestão de suas competências, a qual se realiza de modo solitário e descolado da prática multidisciplinar característica de seu trabalho. Diante dos dados e das limitações de ter-se abordado apenas um hospital, sugere-se ampliar a pesquisa para outras unidades de saúde, públicas e privadas, de modo a avançar no campo de pesquisa e contribuir para a gestão de competências dos profissionais enfermeiros nas suas diversas frentes de trabalho.

Palavras-chave: Competência profissional; Gestão da competência; Enfermeiro; Hospital; Triangulação.

ABSTRACT

Against the backdrop of health in Brazil, especially in hospitals, the importance of nursing in these organizations and the difficulties involved in management of competences - which includes several actors, like the subject, organization, educational institutions, state - the purpose of the study was to analyze how professional competences of nurses was configured and managed in a charity hospital, located in Diamantina (MG), the perception of themselves and of other members of the nursing team. The case study was characterized as descriptive, with qualitative approach. Data collection was done through interviews, which included the application of a projective technique of association figures (methodological triangulation). Ten nurses and five nursing staff members of the hospital (eight assistants and two technicians) was interviewed (data triangulation). The data collected were subjected to content analysis. The research was conducted after the approval of the project in two Committees of Ethics and Research and the authorization of the hospital board. The competences of nurses identified as required were similar between the two groups investigated, and theoretical and technical knowledge and the teamwork has been pointed. To manage their competences, they indicated as necessary daily experience, principally focused on dealing with people. However, the competences of nurses daily observed relate to the performance of procedures and the coordination team, showing increased concern about health care issues than with management, which are typically addressed in the context of the profession. According to them, management of competences is carried out primarily by the nurse, mainly through refresher courses and practical exercise of the function within the hospital, indicating the individualized nature of that management. Hindering aspects were identified: the lack of courses and infrastructure of the organization, implying institutional weakness in the process, which is enhanced because of the timid participation of professional advice and unions, perceived as missing actors in that case. Both nurses and members of their teams within the hospital emphasize the cognitive, functional, behavioral, ethical and political faces at competent performance of the exercise of the activities of the first ones, but they have many difficulties in management their competences, which takes place in an isolated manner and so detached from the multidisciplinary practice of their work. In view of the data and the limitations of having only discussed the reality on one hospital, it is suggested to expand the search to other health units, public and private, in order to advance the field of research and contribute to the management of competences of nurses in its various fronts.

Keywords: Professional competence, management of competences, nurse, hospital, triangulation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Equipe.....	49
Figura 2 – Equipe.....	50
Figura 3 – Equipe.....	50
Figura 4 - Equipe.....	53
Figura 5 - Equipe e familiares.....	53
Figura 6 - Equipe.....	55
Figura 7 – Equipe em situação de emergência.....	57
Figura 8 – Equipe no posto de atendimento.....	59
Figura 9 - Situação 1 do profissional.....	65
Figura 10 - Situação 2 do profissional.....	65
Figura 11 - Situação 3 do profissional.....	66
Figura 12 - Situação 4 do profissional.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Atividades do enfermeiro no hospital, segundo os entrevistados.....	48
Tabela 2: Características do enfermeiro para execução de suas atividades, segundo os entrevistados.....	52
Tabela 3: Características efetivas do enfermeiro do hospital para execução de suas atividades, segundo os entrevistados.....	56
Tabela 4: Competências profissionais do enfermeiro no hospital, segundo os entrevistados.....	58
Tabela 5: Ações do enfermeiro para se manter competente, segundo os entrevistados.....	60
Tabela 6: Dificuldades do enfermeiro em ser competente, segundo os entrevistados.....	61
Tabela 7: Contribuições da instituição de ensino (formação acadêmica) para as competências profissionais dos enfermeiros, segundo os entrevistados.....	63
Tabela 8: Contribuições do hospital para as competências profissionais dos enfermeiros, segundo os entrevistados.....	64
Tabela 9: Contribuições do conselho profissional para as competências profissionais dos enfermeiros, segundo os entrevistados.....	67
Tabela 10: Contribuições de instituições, sindicatos ou associações para as competências profissionais dos enfermeiros, segundo os entrevistados.....	68
Tabela 11: Percepções dos outros profissionais a respeito do enfermeiro, segundo os entrevistados.....	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Objetivos e Justificativa.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 Competências e Competências Profissionais.....	18
2.1.1 Modelo de Competência Profissional de Paiva (2007).....	20
2.2 Gestão de competências.....	23
2.3 Enfermagem: histórico, trabalho e competências.....	27
2.3.1 Histórico da Enfermagem no Brasil.....	28
2.3.2 O trabalho em Enfermagem.....	30
2.3.3 Competências do Enfermeiro.....	34
3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	39
3.1 Unidades de Análise e de Observação.....	40
3.2 Coleta de Dados.....	41
3.3 Análise dos Dados.....	42
3.4 Aspectos éticos da pesquisa.....	44
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	45
4.1 Apresentação do hospital.....	45
4.2 Dados demográficos e funcionais dos entrevistados.....	46
4.3 Sobre as competências profissionais dos enfermeiros.....	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICES.....	80
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80
APÊNDICE B - Formulário de Identificação.....	81
APÊNDICE C – Roteiros de Entrevista.....	82
APÊNDICE D - Figuras Seleccionadas.....	84

1 INTRODUÇÃO

Diante das atuais mudanças que vêm ocorrendo no Brasil e no mundo, dentre elas, na conjuntura política e social, um dos temas que tem despertado interesse nas organizações é o das competências profissionais. No âmbito acadêmico, as pesquisas sobre competências ganharam vulto no campo da Administração a partir da década de 1990 (PAIVA, 2007; PAIVA; MELO, 2008; BITENCOURT; BARBOSA, 2010). Os enfoques tratados se deslocam entre, basicamente, duas possibilidades, representadas pelas escolas francesa e britânica; a primeira preocupa-se com os elos entre trabalho e educação, entendendo a competência como resultado de processos de aprendizagem; já a segunda é marcada por uma visão instrumental sendo a competência definida em torno de exigências do mercado e dos postos de trabalho (LUZ, 2001).

No interior das organizações, de acordo com Marx (2006), tem-se dado atenção especial à gestão de competências dos funcionários, partindo-se do pressuposto de que o “sucesso” só é possível com estímulo, desenvolvimento e ação efetiva do capital humano, nomeado como “ativo intangível.” Isso implica em um acompanhamento sistêmico das capacidades, do desempenho e dos resultados de cada empregado, com vistas ao aumento de sua produtividade (MARX, 2006).

No mesmo sentido, o sistema de certificação de competências tem exigido um novo modelo de institucionalização da competência, necessitando para isso que os sistemas de educação geral e profissional sejam reformulados, atualizando os conteúdos das formações e fortalecendo as aprendizagens profissionais, principalmente, as pautadas em aprendizagens acadêmicas (RAMOS, 2002).

Da ótica do ensino, na Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), que discorre sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, podem-se observar as principais diretrizes e bases para a educação em todos os níveis escolares no Brasil, as quais incluem estabelecer, disciplinar e desenvolver a convivência humana no ambiente de trabalho dentre outros, procurando vincular de modo mais íntimo o ensino à prática social.

Assim, a formação e o desenvolvimento das competências profissionais, ou seja, sua gestão, conforme conceitua Paiva (2007) constitui-se um processo amplo, profundo e multifacetado, já que envolve diversos atores sociais além do próprio sujeito, cujos interesses precisam ser conciliados (RAMOS, 2002; PAIVA, 2007). Desse modo, seu caráter contextual também deve ser considerado (DADOY, 2004), dado que as competências não se formam, nem se desenvolvem e muito menos se explicitam de modo desconexo da realidade; pelo contrário, elas mantêm uma relação de reciprocidade e influência mútua junto ao espaço onde se manifestam (PAIVA, 2007).

Na enfermagem, observam-se várias dificuldades apontadas para a gestão da competência profissional do enfermeiro. De acordo com Marx (2006), a gestão de competências ainda tem sido um assunto emergente, principalmente, em se tratando da sinergia que deve existir em uma equipe interdisciplinar e multiprofissional dos serviços de saúde. Note-se que, por mais qualificado que tenha sido o ensino acadêmico voltado para a área da saúde, ainda é possível enumerar dúvidas, de um lado, sobre os limites da competência profissional de um enfermeiro e, de outro, sobre a existência ou não de um modelo que regule os limites da competência de tais profissionais (MARX, 2006).

Segundo Peduzzi e Ciamponi (2005), um dos fatores que geralmente podem dificultar o desenvolvimento da competência profissional de pessoas em qualquer profissão é a rigidez da divisão do trabalho quando não existe, na atividade, uma integração social entre indivíduos e/ou equipes e entre eles próprios, na qual se possa reconhecer, avaliar e estabelecer as fronteiras de atuação profissional: o que parece ocorrer é uma mistura entre trabalho especializado e trabalho não especializado. Nesse sentido, Cunha (2008) menciona que o aprendizado, a percepção e o exercício profissional são fatores considerados complexos e sistemáticos em um processo educativo e, portanto, essenciais a uma formação específica e contínua atualização das práticas profissionais, especificamente, as de enfermagem.

Nesse contexto, apesar do grande avanço nos recursos disponíveis para o desenvolvimento e/ou enquadramento das pessoas no perfil desejado para o

exercício de uma determinada função, ainda é possível verificar que há necessidade de saber o que é, de fato, a competência de um indivíduo em relação a si próprio ou em relação ao meio onde desenvolve ou desenvolverá suas potencialidades pessoais e/ou profissionais.

De outro ângulo, a competência pode ser vista como um resultado específico do trabalho, ou seja, do desenvolvimento da função na qual o trabalhador possui capacidade de realizar várias tarefas, e não no conhecimento obtido na academia ou em treinamentos (CHEETHAM; CHIVERS, 1996, 1998). Segundo Cheetham e Chivers (1996, 1998), os padrões de trabalho correlacionam conhecimento e compreensão para se obter o desempenho efetivo a partir do qual se verifica - *a posteriori* - o nível de competência do sujeito. No caso dos enfermeiros, eles são profissionais que (re)criam métodos, processos, instrumentos etc., adequando-os aos cenários, sendo que sua eficácia se encontra dependente das competências por eles desenvolvidas e exteriorizadas no cotidiano de trabalho.

Algumas características comportamentais, tais como: autoconfiança, sensibilidade, pró-atividade, resistência etc., são fatores que também podem interferir e indicar competência; no entanto, esses fatores, assim como a ética e os valores profissionais, não são formalmente avaliados e nem normalizados para este fim (CHEETHAM; CHIVERS, 1996, 1998). Cunha (2008) complementa esse raciocínio sublinhando que as pessoas possuem potenciais para criar e para solucionar problemas, mas, para que isso ocorra, é preciso que tenham oportunidade e espaço para desenvolverem suas habilidades e reflexões, ou seja, externalizar suas competências.

Desse modo, a competência pode ser observada por meio dos resultados e dos recursos utilizados para o seu alcance, incluindo-se a motivação da pessoa que sabe, pode e quer fazer uma tarefa (ZARIFIAN, 2001). De acordo com Dugué (2004, p. 24), “os diplomas validam saberes, ao passo que as competências remetem a uma mistura de saber e de comportamento que confere um lugar preponderante ao “saber-ser” e ao investimento psicológico”. Nessa linha de pensamento, entende-se que é preciso alinhar teoria com prática, sendo que esta última é o que, de fato, irá

caracterizar a competência e a ética profissional de um indivíduo, em seu meio de atuação.

Essa exteriorização da competência profissional, chamada por Cheetham e Chivers (1996, 1998) como metacompetência, é susceptível de análise em todas as profissões. No caso da área de saúde, Marx (2006) afirma que ela é uma das mais complexas em função dos desafios que lhe são peculiares, dentre eles a necessidade da harmonização de diferentes processos para que se possa promover uma contínua e crescente expansão da saúde ou seu restabelecimento junto ao público, tornando a mesma cada vez mais apta ao seu equilíbrio e convívio social.

De forma semelhante, Massarollo (2005, p. 109) formula que a área da enfermagem “é uma atividade complexa que despende tempo e requer, da parte de quem a faz, conhecimentos relativos às necessidades da clientela, à dinâmica da unidade, às características da equipe de enfermagem e às leis trabalhistas”. Percebe-se, então, a necessidade de se reconhecer a competência, seja na formação dos enfermeiros na academia, seja para atuação destes, nas organizações. Considera-se, portanto, além do espaço onde se trabalha, o reconhecimento do próprio profissional e de terceiros a respeito de sua competência, sendo, no caso da área de saúde e dos enfermeiros em particular, notadamente complexo esse fazer e ser reconhecido, dadas as atribuições desse trabalhador.

Conforme Takahashi e Gonçalves (2005), os profissionais em enfermagem têm o dever de organizar e adequar o ambiente físico, em relação à iluminação, ventilação, limpeza etc., com a dotação de materiais e equipamentos necessários à execução dos procedimentos e tratamentos de enfermagem e médicos. Os enfermeiros atuam em hospitais públicos, privados, beneficentes, unidades básicas de saúde, clínicas, escolas, indústrias, dentre outras instituições, participando de diferentes processos de trabalho e de assistência à saúde individual, familiar e coletiva (CUNHA, 2008).

Diante dessa realidade, a pergunta que norteou esta dissertação foi: como se apresentam e têm sido gerenciadas as competências de enfermeiros de um hospital filantrópico mineiro?

Para respondê-la, foram traçados os seguintes objetivos.

1.1 Objetivos e Justificativa

O objetivo geral da pesquisa foi analisar como se apresentam e são geridas as competências profissionais de enfermeiros em um hospital filantrópico mineiro, na percepção deles próprios e dos demais membros da equipe de enfermagem, ou seja, os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os objetivos específicos são:

- a) Descrever como se configuram as competências profissionais de enfermeiros de um hospital filantrópico, na percepção dos sujeitos, pautando-se no modelo de Paiva (2007);
- b) Descrever como são geridas as competências profissionais de enfermeiros de um hospital filantrópico, na percepção dos sujeitos, pautando-se no modelo de Paiva (2007);
- c) Identificar e descrever outros aspectos relacionados às competências profissionais de enfermeiros e sua gestão no hospital filantrópico abordado, na percepção dos sujeitos, além do modelo analítico adotado.

Esta pesquisa justifica-se com base em três argumentos, quais sejam:

- a) Acadêmico-conceitual, pois Marx (2006) afirma que são poucas as pesquisas existentes sobre competência profissional do enfermeiro;
- b) Organizacional, pois o conhecimento gerado poderá contribuir para melhorias nos processos envolvidos na gestão de pessoas e, especificamente, de competências dos enfermeiros, no hospital abordado (CUNHA, 2008);

- c) Social, já que os hospitais são organizações consideradas importantes no contexto da saúde (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005), assim como os profissionais de enfermagem (CUNHA, 2008), cujo número no interior dos hospitais é dos mais expressivos, além de este profissional realizar tarefas não apenas assistenciais como também de gestão (BRITO *et al.*, 2004).

Convém ressaltar que este estudo faz parte do projeto de pesquisa “Competências Profissionais e Gestão de Competências em Profissões na Área de Saúde: um Estudo com Médicos e Enfermeiros em Minas Gerais”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais, FAPEMIG, sob a coordenação da Prof^a Dr^a Kely César Martins de Paiva, membro do Núcleo de Relações de Trabalho e Tecnologias de Gestão, NURTEG, da Faculdade Novos Horizontes. Dessa forma, ela está inserida em uma agenda mais ampla de pesquisa que vêm sendo desenvolvida nos últimos anos.

Para sua realização, tendo em vista que o hospital onde foi realizada a pesquisa não possui comitê de ética e pesquisa, contou-se com a autorização da sua diretoria mediante a aprovação de dois comitês de dois hospitais situados em Belo Horizonte (MG), um particular e outro filantrópico.

Este estudo está estruturado em seis capítulos, sendo o primeiro esta Introdução e o segundo o Referencial Teórico que aborda os temas “Competências Profissionais”, “Gestão de competência” e “O Enfermeiro: histórico, trabalho e competência”. O terceiro capítulo aborda a Metodologia empregada na pesquisa empírica, o quarto apresenta a Análise dos Dados e o quinto, as Considerações Finais. Após o sexto capítulo, as Referências e os Apêndices (Formulários de identificação, Roteiros de entrevista, Termo de consentimento livre e esclarecido) são apresentados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico apresentado neste trabalho divide-se em três partes: Competências Profissionais; Gestão de Competências e Enfermagem: histórico, trabalho e competências.

2.1 Competências e Competências Profissionais

O termo competência profissional tem sido colocado em evidência, tanto no mercado de trabalho como na academia. De acordo com Ramos (2002), a origem das competências ocorreu no princípio da organização dos ofícios trabalhistas, combinando qualificação com profissão. Segundo Dugué (2004), há vários anos, o termo competência tem sido usado como sinônimo de qualificação, servindo de base para um modelo de gestão de recursos humanos.

Por outro lado, Le Boterf (2003) compreende competência como uma disposição e não um gesto elementar, ou seja, é saber coordenar e/ou improvisar coordenações. Marx (2006, p. 32), por sua vez, menciona que competência é “domínio de conceitos, conhecimentos, métodos e ferramentas específicas para o exercício de uma determinada função”.

Note-se que saber não implica necessariamente fazer, daí Paiva (2007) distinguir os conceitos de qualificação e competência. Para ela, qualificação diz respeito a um saber, um conhecimento que é exigido em determinado posto de trabalho e que pode ser transferido com certa facilidade entre os membros de uma organização. Por outro lado, competência refere-se à ação em si, a uma mobilização real de saberes que é reconhecida e valorizada tanto pelo próprio indivíduo como por terceiros, e que não é tão facilmente apreensível por outras pessoas, dado que se trata de um comportamento, um ato observável e, por conseguinte, passível de avaliação pelo próprio sujeito e por terceiros.

De acordo com Dadoy (2004), tanto no meio acadêmico, quanto no empresarial, o termo competência ainda não foi satisfatoriamente conceituado desde o seu surgimento, na França. “A noção de competência vem do latim *competentia*, derivada de *competere*, “chegar ao mesmo ponto”, oriunda de *petere*, “dirigir-se para.” Refere-se a “o que convém”, denotando seu caráter contextual e mutável” (DADOY, 2004, p. 108). Le Boterf (2003), por sua vez, adverte que conceituar competência ainda é uma tentativa eloquente; em outras palavras, diversos autores ainda estão tentando construir um conceito único sobre competência profissional, na tentativa de se convergir a um entendimento comum.

Ramos (2002, p.118), por exemplo, conceitua competência profissional como um “conjunto complexo e integrado de capacidades que as pessoas põem em jogo em diversas situações reais de trabalho para resolver os problemas com os quais elas se defrontam [...]”, seguindo padrões de profissionalismo e critérios de responsabilidade em cada profissão, podendo ser cambiada, transferível e, portanto, desenvolvida.

Por sua vez, Zarifian (2001) relata que a competência restringe-se ao indivíduo e ela se manifesta e é avaliada quando de sua utilização em situação profissional. Nogueira (2008, p. 216) ressalta que “a competência do indivíduo não é um estado, não se reduz a um conhecimento ou *know-how* específico”; “[...] é um conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais nutridas pela aquisição de conhecimento, formação e pelo sistema de avaliações”; “[...] é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros.”

Já Tomasi (2004, p. 13) refere-se à competência admitindo estar longe de compreendê-la em todas as dimensões, pois ela “não é uma invenção a serviço de alguns interesses, por mais que ela possa a isso se prestar; tudo parece indicar que ela sempre existiu”. Acredita-se que a competência vai além do porte de um diploma ou da qualificação profissional, pois em função das mudanças, deve-se levar em conta também a mobilização psíquica dos trabalhadores (PAIVA; MELO, 2008).

Le Boterf (2003, p. 126) sugere que “não basta dispor de conhecimentos e de habilidade para agir com competência ou para elaborar estratégias eficazes de

ação”: é preciso que ocorra compatibilização entre teoria e prática. Em sentido semelhante, Fleury e Fleury (2004, p. 29) definem competência como “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”. Desse modo, as competências não se manifestam de modo isolado, mas interagem, sendo possível - e muitas vezes necessário – elas serem usadas ao mesmo tempo (FLEURY; FLEURY, 2004).

A competência também pode ser interpretada de dois pontos de vista mais instrumentais: primeiro, avaliando a dimensão da estratégia das organizações para desenvolver a competitividade; e segundo, avaliando a prática de gestão de pessoas direcionada na seleção, desenvolvimento, avaliação e remuneração por competências, daí a necessidade de um modelo conceitual que abrace tal complexidade e reflita os esforços de gestão, independentemente do nível de análise (individual, organizacional etc.) em que tal gestão se dê de fato (DUTRA; FLEURY; RUAS, 2008).

Assim, torna-se necessário, neste estudo, o detalhamento do modelo de competências profissionais de Paiva (2007), também exposto por Paiva e Melo (2008), adotado para fins desta dissertação como parâmetro analítico tendo em vista sua profundidade e sua abrangência ao conceber e lidar com a temática.

2.1.1 Modelo de Competência Profissional de Paiva (2007)

Paiva (2007) e Paiva e Melo (2008) conceituam competência profissional como a mobilização produtiva de um conjunto de saberes de natureza diferenciada, composto por cinco componentes, quais sejam: intelectual ou cognitivo; técnico-funcional; comportamental ou pessoal; ético; e político. De acordo com essas autoras, tais componentes ao mesmo tempo em que podem ser observados no comportamento dos indivíduos e reconhecidos e legitimados em diversos níveis de análise - seja individual, coletivo, social ou em âmbito comunitário -, também podem

se relacionar entre si, interagindo na produção de resultados que sejam valorizados tanto pelo próprio sujeito como por terceiros.

Detalhando as cinco componentes do modelo de competências profissionais como sugerem Paiva (2007) e Paiva e Melo (2008), tem-se:

- a) Intelectual ou Cognitiva (teórica, técnica, aplicada, especialista; composta pelo conhecimento prático/tácito, contextual, processual e aplicado). Sinaliza quais devem ser os procedimentos mais assertivos à apresentação do trabalho, do conhecimento e da capacidade para efetivação do uso efetivo;
- b) Técnico-funcional (ocupação do sujeito no processo, na organização, na parte administrativa, na potencialidade mental e física). Refere-se à habilidade de executar tarefas simultâneas, produzindo resultados específicos da respectiva função na execução de tarefas que dizem respeito a uma profissão; nas tarefas de natureza genérica (planejar, delegar, avaliar, etc.); na conexão entre o cognitivo (atividade mental: literatura, numeração, etc.) e as ações ou relações psicomotoras (destreza manual, teclado, etc.);
- c) Comportamental ou pessoal (relacionada à vocação, ao âmbito social, interpessoal e intraprofissional do sujeito). Reflete a capacidade da adoção de comportamentos observáveis em situações de trabalho, relacionamentos com terceiros, etc.;
- d) Ética/valores. Compreendida em dois níveis: 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, autorregulação, sensibilidade ambiental, foco em cliente, julgamento ético, reconhecimento dos limites da própria competência, dever em manter-se atualizado e em julgar no desenvolvimento de neófitos na profissão, julgamentos sobre colegas, etc.);
- e) Política. Concebida em quatro níveis de análise, a saber: individual, envolvendo o indivíduo e seu interesse profissional, particular; profissional,

com comportamentos apropriados à manutenção do profissionalismo; organizacional, comportamentos que consideram as bases estruturais e normativas de poder; e social, considerando bases pessoais, relacionais e afetivas de poder.

De acordo com Paiva (2007) e Paiva e Melo (2008), tais componentes e a própria competência profissional são externalizadas por meio das metacompetências, as quais tratam de processos que envolvem: a comunicação; a criatividade; a capacidade de solução de problemas, de aprendizagem e de autodesenvolvimento; a agilidade mental e de análise; e o poder de reflexão. Nas metacompetências, as componentes são exteriorizadas por meio das ações efetivas do profissional as quais podem ser julgadas por ele próprio e por terceiros que lhe informam a respeito de sua atuação.

Na pesquisa de Paiva (2007) e nas proposições de Paiva e Melo (2008), o seguinte conceito de competência profissional foi explicitado:

Mobilização de forma particular pelo profissional a sua ação produtiva de um conjunto de saberes de naturezas diferenciadas (que formam as competências intelectual, técnico-funcionais, comportamentais, éticas e políticas), de maneira a gerar resultados reconhecidos individual (pessoal), coletiva (profissional), econômica (organização) e socialmente (sociedade). Concebe-se, então, competência profissional como a meta-reunião de maneira singular e produtiva de competências compostas por saberes variados (PAIVA; MELO, 2008, p. 349).

Esclarecendo os termos, Paiva (2007) conceitua contexto e ambiente de trabalho. Quanto ao contexto de trabalho, este é descrito como uma situação específica na qual o profissional está inserido e é requisitado a trabalhar; já o ambiente refere-se às condições físicas, culturais e sociais nas quais o trabalho se processa.

O Modelo de Competência Profissional de Paiva (2007) pode ser observado na FIG. 1.

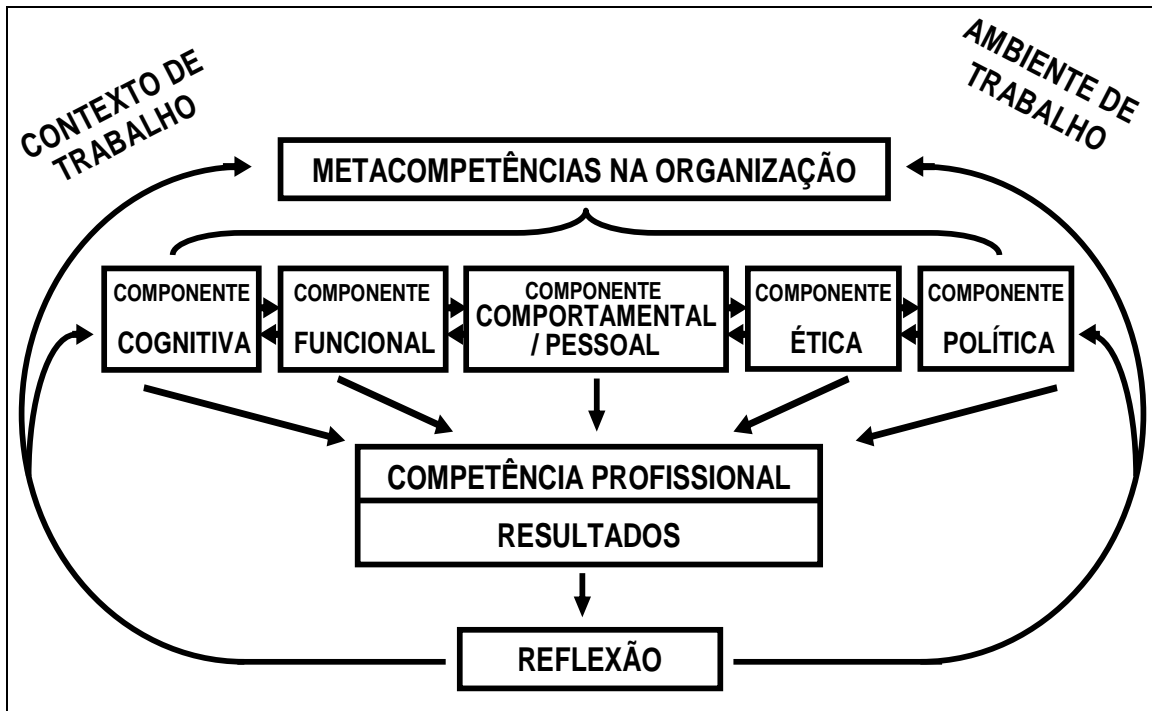


Figura 1 – Modelo de competência profissional de Paiva (2007).
 Fonte: MARTINS, 2010, p. 38.

Conforme o modelo, uma vez observadas as competências profissionais, o indivíduo pode fazer as reflexões necessárias sobre a sua ação no contexto em que se encontra, podendo rever seus modelos mentais e, de acordo com sua personalidade e motivação, mudar seus comportamentos de modo a ter sua competência legitimada continuamente no seu espaço de trabalho. Tais mudanças e processos de aprendizagens dizem da formação e do desenvolvimento de competências do indivíduo.

Para que elas sejam continuamente revisitadas e legitimadas, esforços de variadas ordens são empreendidos, tanto dos indivíduos como das organizações. O próximo tópico deste referencial teórico trata dessa gestão de competências.

2.2 Gestão de competências

Peres e Ciampone (2006) consideram gestão como uma ferramenta ou instrumento que tem como principal objetivo cuidar de algo ou alguma coisa por meio da

aplicação de dois elementos essenciais: os recursos humanos e os instrumentos ou meios disponíveis para condução do sistema organizacional. Quanto aos recursos humanos, as autoras mencionam como sendo o uso adequado das qualidades profissionais disponíveis e um trabalho organizado para que se alcancem as condições adequadas de assistência, trabalho e desenvolvimento sistemático da “atenção à saúde”. Quanto aos meios ou instrumentos, elas citam como sendo o uso dos recursos físicos, financeiros, materiais e conhecimentos administrativos específicos à operacionalização, tais como: o planejamento, a coordenação, a direção e o controle da situação.

O termo gestão “[...] refere-se à coordenação de esforços de pessoas e no uso de recursos econômicos e técnicos a fim de se alcançarem determinados objetivos” (FINURAS, 2010, p. 203). Assim, trata-se de uma atividade sócio-técnica porque lida com pessoas (componente sócio), com os recursos humanos (componente técnico) e na interatividade dos dois (FINURAS, 2010).

Já Ramos (2002) discute a institucionalização de um modelo de competências que possa ser gerido na regulação pautada entre empregador e empregado, buscando um sistema que valorize as competências individuais. Neste pressuposto, apresenta três pontos de consenso, que são:

- a) O reconhecimento do indivíduo, por meio da competência ou competência profissional sem a necessidade de diplomas educacionais;
- b) O gerenciamento dos sistemas educacionais de forma que possam desenvolver as competências profissionais;
- c) O desenvolvimento contínuo das competências dos indivíduos ao longo de sua carreira, incluindo os desempregados.

De modo mais específico, Dadoy (2004) relata o surgimento de um novo modelo de gestão de mão de obra, partindo da qualidade do recrutamento de pessoal para as organizações. Dutra, Fleury e Ruas (2008, p. 22) complementam esta perspectiva, atribuindo quatro subtemas a tal processo de gestão, a saber:

- a) Mapeamento de competências individuais ou gerenciais;
- b) Formação e desenvolvimento de competências;
- c) Remuneração por competências; e
- d) Avaliação de desempenho por competências.

Para Dutra, Fleury e Ruas (2008), a gestão de competências reflete a transição da qualificação para competência, fase propícia à identificação das capacidades necessárias para o desenvolvimento de tarefas e obtenção de resultados positivos.

Por outro lado, Zarifian (2001, p. 126) afirma que “a lógica da competência leva a revisitar o conjunto de práticas de gestão de recursos humanos”, sendo este conjunto formado pelos processos de recrutamento, de mudança da organização do trabalho, de avaliação, de identificação de potenciais e de construção de projetos individuais assim como as políticas de formação e de carreira, cabendo à área da gestão dos recursos humanos conciliar e atender os interesses da organização e das pessoas.

Dutra (2004), por sua vez, refere-se à gestão da competência sob diversos pontos de vista que se completam: como uma célula que define as diretrizes de seleção, de um lado, e desenvolvimento de pessoas, do outro; como a hierarquização dos níveis de pessoas, conforme o nível de complexidade no qual são inseridos; como ponto de equilíbrio entre a estratégia da empresa e a própria gestão das pessoas; e, por fim, como a exposição das competências pelo próprio indivíduo, o profissional.

Numa ótica mais ampla, Paiva e Melo (2008, p. 326) delineiam o conceito de gestão de competências como “todos os esforços individuais, coletivos, organizacionais e sociais, no sentido de formação e desenvolvimento de competências, que propiciam resultados de variadas naturezas, observáveis pelo indivíduo e por terceiros”. Essas autoras desenvolveram um modelo que explicita como cada um dos atores sociais envolvidos nesse processo de gestão (sujeito e terceiros, inclusive a organização)

pode contribuir para o processo de formação e desenvolvimento de competências considerando que:

- a) O próprio sujeito é o elemento central do modelo, que desempenha diversas atividades nas organizações consideradas e que, por meio da sua própria observação e daquelas que os demais lhe reportam, realiza suas reflexões com vistas a manter ou mudar seus comportamentos e, com isso, legitimar suas competências;
- b) As instituições de ensino são as formadoras oficiais e formais do profissional, ou seja, as responsáveis pela formação e desenvolvimento das competências profissionais individuais;
- c) O Estado, como legislador sobre as profissões, usualmente prescreve atividades pelas quais o profissional fica responsável, a formação acadêmica exigida e o âmbito de sua atuação;
- d) As instituições de interesse coletivo, que são associações e conselhos profissionais, sindicatos etc. regulam a atuação do profissional e intermedeiam suas atividades junto à sociedade, além de realizarem diversas atividades para a coletividade que representa, voltadas tanto para aspectos formativos, como informativos e de auxílio, os quais podem ser extensivos aos dependentes e familiares do profissional; assim, essas organizações conformam as competências coletivas, peculiares dos indivíduos que as professam;
- e) As organizações onde os sujeitos trabalham, por meio de suas políticas e práticas de gestão, contribuem para a formação contínua e contextualizada do profissional.

Tais atores podem ser observados na FIG. 2:

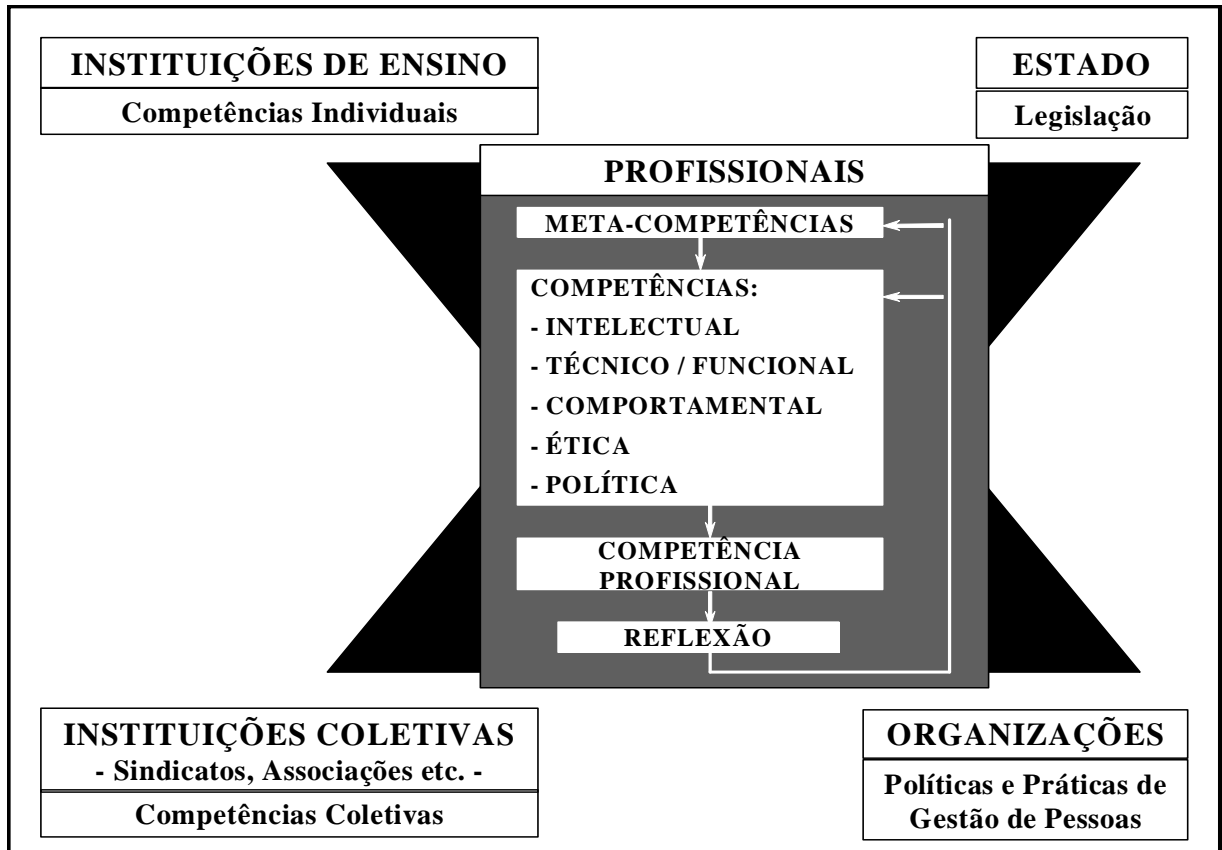


Figura 2 – Modelo de competência profissional e de gestão de competências de Paiva e Melo (2008).
Fonte: PAIVA; MELO, 2008, p. 358.

Assim, o processo de gestão de competências guarda caráter contextual, variando de profissão para profissão, de contexto para contexto e de ambiente para ambiente. No caso de enfermeiros, alguns detalhes merecem atenção, como descritos no próximo item.

2.3 Enfermagem: histórico, trabalho e competências

Este capítulo está dividido em três partes: o histórico da Enfermagem, no Brasil; o trabalho de Enfermagem e, por último, as competências profissionais em Enfermagem.

De acordo com Marx (2006), enfermagem é o exercício regular de uma profissão que visa a cuidar dos que se encontram com a saúde debilitada, os enfermos, os

vitimados por acidentes, os incapacitados, etc., assistindo quem precisa de cuidados especiais e, se necessário e prescrito, ministrando medicamentos, cuidando dos tratamentos diversos, zelando e respeitando a vida e a dignidade da pessoa.

Kurcgant e Massarollo (2005) assinalam que quem exerce atividades neste tipo de profissão tem de estar preparado para lidar no cotidiano, com grandes paradoxos, como a vida e a morte, a dor e o prazer das pessoas. Gomes *et al.* (1997) qualificam a enfermagem como uma prática social que visa à saúde. Cunha (2008), por sua vez, menciona que a profissão de enfermagem caracteriza-se pelo cuidado profissional dirigido ao ser humano, na forma de assistência sistematizada, partindo de um conjunto de conhecimentos específicos da área que ajudam na prevenção, promoção e recuperação da saúde e na melhoria da qualidade de vida.

2.3.1 Histórico da Enfermagem no Brasil

Ferreira (2010) narra que os primeiros conhecimentos da área da enfermagem no Brasil decorreram do período colonial ao final do século XIX e que estes surgiram de uma simples prestação de cuidados à saúde dos necessitados, por um grupo de escravos. No início, esses serviços foram prestados nos lares dos doentes, mas, posteriormente, nas Casas de Misericórdia onde eram assistidos pelos médicos ou pessoas capacitadas, como exemplo padres e jesuítas. Relata-se que as Casas de Misericórdia foram implantadas ainda no período colonial, trazidas de Portugal. A primeira, segundo Ferreira (2010), foi fundada em 1543, na Vila de Santos e, posteriormente, em cidades do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda, Ilhéus e de Porto Alegre. A de Curitiba, em 1880, foi inaugurada com a presença do Dom Pedro II e Dona Tereza Cristina.

Em 27 de setembro de 1890, através do Decreto Federal nº 791, criou-se a primeira escola brasileira de Enfermagem, denominada Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, que é hoje a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade do Rio de Janeiro, junto ao Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro. Assinala-se que a criação desta escola decorreu da necessidade de se qualificar profissionais

da Enfermagem para atender a demanda dos hospícios, hospitais civis e hospitais militares no Brasil. Em 1901, um grupo de enfermeiras inglesas, preocupadas em atender os estrangeiros, montou um curso de enfermagem no Hospital Evangélico em São Paulo, atualmente denominado Hospital Samaritano (FERREIRA, 2010).

Em 1916, devido à repercussão da Primeira Guerra Mundial e à forte demanda de se preparar voluntários para atender as emergências dos combates, criou-se a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha, na cidade do Rio Janeiro. Relata-se que o motivo da criação deste curso decorreu do momento histórico e emergencial vivido naquela época, pois havia carência de mão de obra especializada. Assim, as atividades de Enfermagem surgiram em meio às endemias que assolaram cidades inteiras, o que resultou na busca de trabalhadores especializados para combaterem as doenças infecto-contagiosas que ameaçavam a própria política externa comercial e industrial (FERREIRA, 2010).

Historiadores apontam o ano de 1922 como o marco inicial da Enfermagem Moderna brasileira, com o Serviço de Enfermeiras da Escola de Enfermeiras do departamento Nacional de Saúde Pública, supervisionado por Enfermeiras americanas. Em 1926, esta escola passou a ser denominada Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery (RIZZOTTO, 1999; FERREIRA, 2010). Para Rizzotto (1999), o termo Enfermagem Moderna está ligado ao ensino da enfermagem sistematizada e fundamentada nos princípios científicos de Florence Nightingale, quem instrumentalizou as primeiras técnicas para cuidado de enfermagem, a saber: a preocupação com o meio ambiente local, como a necessidade de luz, ar fresco, silêncio e principalmente higiene.

Haddad *et al.* (2006) mencionam quatro marcos do ensino de enfermagem no Brasil:

- a) A Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949, o Parecer nº 163/72 e a Resolução 4/72 do Conselho Federal de Educação, que regularam e reestruturaram o ensino de Enfermagem e os currículos mínimos dos cursos superiores;
- b) Década de 80: realizou-se a VIII Conferência nacional de Saúde em 1986 e a promulgação da Constituição de 1988; e foram reconhecidos e ampliados os

direitos sociais com o processo de redemocratização;

- c) Criação da Associação Brasileira de Enfermagem, em 1926, um dos pilares para a discussão do perfil, competências e currículos mínimos de enfermagem no país, mobilizando docentes, discentes e profissionais dos serviços;
- d) Flexibilização dos currículos de graduação, que aumentou o número de vagas e cursos na educação superior, consequências visíveis da Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, que discorre sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996). Em 07 de agosto de 2001, o Parecer nº 1.133, estabeleceu a formação geral e especificou a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (CNS, 2001a). Em 07 de novembro de 2001, foi promulgada a Resolução nº 3/2001, sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (CNS, 2001b).

O trabalho em si do enfermeiro será detalhado no item seguinte.

2.3.2 O trabalho em Enfermagem

Segundo Marx (2006), o trabalho vem sofrendo transformações importantes no mundo, em função da intensificação das relações sociais, principalmente, aquelas que estão aproximando as pessoas de forma muito rápida e acelerada, ou seja, a globalização.

Na enfermagem, o trabalho constitui uma forma de intervenção que atua não somente na relação entre saúde e doença de um indivíduo, mas também na dinâmica social e na organização dos serviços tanto na promoção quanto na prevenção e/ou recuperação da saúde. Neste processo, pode ocorrer uma inter-relação e um vínculo entre as partes, principalmente por causa do elo entre as

pessoas capacitadas nos níveis médio e superior de ensino (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005; CUNHA, 2008).

Para Gomes *et al.* (1997), o trabalho de enfermagem constitui uma forma de atividade pautada na dimensão prática e de técnicas, de um lado, e, do outro, do saber administrativo, uma vez que uma completa a primeira no sistema de atendimento.

A enfermagem como prática insere-se no mundo do trabalho e, quando busca integralizar a saúde da população, estabelece vínculos com as leis sociais, principalmente porque, dentre outros aspectos, a enfermagem convive com o sofrimento e a morte (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005).

Um dos papéis do profissional em enfermagem é prestar cuidado integral dos pacientes a ele designados, e também da sua equipe, identificando, coordenando e monitorando a implementação de todos os cuidados necessários para o atendimento das necessidades de cada paciente, dentro de um determinado período de tempo (MARX, 2006).

Cunha (2008, p. 80), por sua vez, salienta que “os papéis da equipe de enfermagem devem estar condizentes com a formação e a capacitação, claros e legitimados pela Lei do Exercício Profissional [...]” No Brasil, a Legislação que regula o exercício da enfermagem encontra-se na Lei de nº. 7.498, de 25 de junho de 1986; e como complemento, a lei explicita restrições que normalmente são atribuídas à rotina dos profissionais em enfermagem, ou seja, do enfermeiro assistencial, do enfermeiro diarista, do técnico e do auxiliar de enfermagem, respectivamente (BRASIL, 1986).

Ao avaliar o nível de comprometimento da enfermagem, Marx (2006) sublinha que, na atividade de enfermagem, por envolver o tratamento com pessoas, é preciso haver compartilhamento de deveres. Ocorrendo isso, as ações tendem a ser alinhadas, o que auxilia na tomada de decisões, pois a participação interdisciplinar, multiprofissional e a utilização de habilidades diversas tendem a contribuir para a execução de um planejamento e/ou delegação de tarefas segundo o nível de conhecimento do grupo.

De uma visão holística, os serviços de assistência de enfermagem são fragmentados em atividades e, para cada elemento executor, é determinada uma ou mais tarefas de acordo com o grau de responsabilidade. Quem executa uma tarefa em enfermagem o faz prestando a devida assistência ao paciente, segundo um planejamento prévio que gera métodos e processos, e adequam os instrumentos requeridos à particularidade de cada cenário (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Na divisão de trabalho, conforme Cunha (2008) e Kurcgant e Massarollo (2005), pode-se perceber tanto o desenvolvimento científico e tecnológico, quanto a dinâmica social das práticas de saúde segundo as atribuições fomentadas. Peduzzi e Ciampone (2005) salientam que cada agente administrador e indivíduo deve ser responsável pelo que faz, para que os objetivos da organização sejam alcançados, atribuindo, à enfermagem de nível médio, as atividades assistenciais e, ao enfermeiro, as ações de gerenciamento do cuidado e da unidade.

Nesse sentido, o planejamento é uma ferramenta que possibilita fazer escolhas, definir metas, elaborar planos, estabelecer estratégia para alcançar tanto os meios, quanto os fins (CUNHA, 2008); trata-se de um processo que visa possibilitar uma postura ativa dos gestores de uma organização na sua relação com os clientes - cidadãos - e com o meio em que ela atua. Isso invoca a necessidade do “diálogo constante com todos os indivíduos envolvidos na situação, para que o planejamento e as ações sejam responsivos à realidade” (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005, p. 39), o que reflete a avaliação do próprio sujeito e de terceiros a respeito do seu comportamento, conforme o modelo analítico adotado nesta dissertação (PAIVA, 2007).

Acrescentando, Cunha (2008) defende que a equipe deve capacitar-se para a elaboração do plano de ação, para sua execução, avaliação, aperfeiçoamento e determinação diante dos desafios a serem superados em cada período. Nesse ponto, note-se que Kurcgant (1991, p. 6) adverte: “a elaboração ou simples adoção de manuais técnicos e de procedimentos tem sido uma das maiores preocupações dos enfermeiros que assumem a responsabilidade dos serviços de enfermagem”. Isso pode resultar na mecanicidade comportamental e/ou intelectual. A participação de todos os membros da equipe nas decisões a serem tomadas torna-se importante,

principalmente, porque o profissional tende a se sentir importante e valorizado no contexto laboral. No cotidiano das atividades de enfermagem junto a pacientes, familiares, fornecedores e outros, o profissional pode identificar as diferenças de conhecimentos, valores e crenças que interferem na apreensão de sua realidade. Assim, a formação e o desenvolvimento de suas competências podem se dar também nesses momentos, pois servirão como base para sua reflexão e podem repercutir em melhorias na sua prática.

No nível gerencial, conforme mencionam Haddad *et al.* (2006), os diversos serviços da área de saúde devem ser geridos como em qualquer outra organização, porém, devem também apresentar-se na forma sistêmica e integrada a conceitos administrativos que possam validar os serviços prestados, pois “a enfermagem é um dos serviços da organização de saúde e, como tal, agrega qualidade à assistência prestada” (CUNHA, 2008, p. 110). A área de saúde tem requerido profissionais especializados para que se possa oferecer um trabalho no qual o produto seja a prevenção, o tratamento, o estabelecimento, a reeducação e a manutenção da qualidade de vida do ser humano. Diante dessa nova realidade para obtenção de resultados, a área de saúde requer maior autonomia e flexibilidade das ações do profissional da enfermagem (FELLI; PEDUZZI, 2005). O resultado do trabalho de enfermagem geralmente agrega qualidade de vida aos necessitados, retroalimentando em forma de ciclo contínuo no qual o foco sempre é a qualidade da assistência (CUNHA, 2008).

No futuro, de acordo com Felli e Tronchin (2005), o pessoal da saúde em geral, encarará a avaliação qualitativa dos cuidados de saúde simultaneamente como uma obrigação pessoal em face de um benefício e como meio de descobrir e dar a conhecer o seu próprio papel na equipe de saúde e na sociedade. A questão das competências se coloca, então, como pilar de sua atuação.

2.3.3 Competências do Enfermeiro

Na enfermagem, também tem-se discutido o conceito de competência, dadas as especificidades dos serviços de saúde (DUTRA; FLEURY; RUAS, 2008; FELLI; PEDUZZI, 2005). Neste ponto do referencial teórico, pretende-se comparar o que parte da literatura do campo da enfermagem expõe nesse sentido com o modelo apresentado por Paiva (2007) e Paiva e Melo (2008), na tentativa de compreender quais os componentes das competências profissionais que geralmente são atribuídos ou prescritos ao profissional enfermeiro.

As aptidões ou qualidades pessoais requeridas de um enfermeiro, segundo Le Boterf (2003), podem ser expressas ou até mensuradas. O autor lista as seguintes: rigor, força de convicção, curiosidade de espírito, reatividade etc. as quais dizem respeito às componentes cognitiva e funcional (PAIVA, 2007). Porém, Le Boterf (2003) ressalta que esses atributos são de ordem particular, ou seja, podem variar de acordo com a relação do sujeito com a administração hospitalar, o que remonta às componentes comportamental e política do modelo de Paiva (2007).

Sob ótica semelhante, Cunha (2008) enumerou algumas habilidades pessoais que os enfermeiros devem ter, por exemplo: serem observadores (componente cognitiva), negociadores (componentes funcional, comportamental e política), relacionarem-se e trabalharem em equipe (componentes comportamental e funcional); serem criativos (componentes cognitiva e funcional); saberem tomar decisões (componentes funcional e cognitiva) e reverem atitudes buscando desenvolver pessoas e motivar suas ações, com respeito, generosidade e ética (componentes cognitiva, funcional, comportamental e ética).

Cunha (2008) também afirma que os enfermeiros devem possuir basicamente três competências relacionadas à qualidade do serviço, as quais versam sobre o comportamento pessoal, os conhecimentos gerais e sobre as habilidades pessoais, as quais estão direta e respectivamente relacionadas às componentes comportamental, cognitiva e comportamental (PAIVA, 2007). Quanto ao

comportamento pessoal, Cunha (2008) cita as seguintes competências, as quais foram alinhadas às componentes do modelo analítico adotado (PAIVA, 2007):

- a) Dominar a arte de comunicação (componentes comportamental e política);
- b) Ser resiliente, fazendo da experiência negativa um meio de aprendizagem, mesmo sob pressão (componente cognitiva);
- c) Lidar com mudanças, sendo flexível diante das mudanças positivas e resistindo às negativas, inseguras e/ou ilegais (componentes comportamental, ética e política);
- d) Trabalhar em equipe a fim de superar problemas (componentes comportamental e funcional);
- e) Ser um líder, dominar a arte de liderança, evitar conflitos (componentes comportamental e política);
- f) Promover a diversidade e a integridade dos membros da equipe (componentes ética e política);
- g) Ser organizado (componente funcional);
- h) Diagnosticar necessidades, interesses, motivos e gerenciar o contexto do trabalho em equipe, buscando satisfação e comprometimento (componentes funcional e comportamental).

Na área do conhecimento sobre relações humanas, Cunha (2008) enfatiza que os enfermeiros devem se preocupar em conhecer literaturas editadas por autores como Maslow, McGregor, Herzberg, Alderfer, Locke, Adams, Vroom, Katcher e outros, os quais tratam de temas relacionados à área do comportamento humano, ou seja, temas que sublinhem quais as possíveis ações, reações, motivações, satisfações etc. das pessoas, que podem ocorrer no ambiente de trabalho, na relação entre

peças e atividades profissionais. Como sugere Cunha (2008), o saber sobre esses temas pode, de um lado, aproximar as pessoas, e do outro, impactar a qualidade e o gerenciamento da qualidade de vida em um ambiente de trabalho, o que se pauta nas componentes cognitiva e funcional do modelo de Paiva (2007).

Marx (2006), por sua vez, apresenta quatro vínculos de trabalho comuns à enfermagem, os quais exigem a exteriorização de diversas competências profissionais, as quais possuem bases nas cinco componentes do modelo analítico adotado (PAIVA, 2007):

- a) Executivo de serviço: é quem harmoniza as condições ambientais e estruturais para melhoria assistencial, reunindo competências técnicas, administrativas e de relacionamento; oferece suporte para tomada de decisões e resolução de problemas, delegando responsabilidades e dando autonomia à equipe de trabalho;
- b) Executivo de unidade: é o responsável pela gestão de unidade de trabalho, planejando e organizando o trabalho para prestação de assistência individualizada e sequencial;
- c) Clínico Especialista e Generalista: é o responsável pelo planejamento dos cuidados de enfermagem, implementando o plano assistencial, acompanhando o trabalho desempenhado por sua equipe, prestando cuidados diretos aos pacientes, principalmente àqueles de maior complexidade, e monitorando os resultados assistenciais;
- d) Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: são os extensores do enfermeiro clínico, responsáveis em manter a continuidade a uma assistência segura e qualificada, através de cuidados integrais e sequenciais.

Iannini (2000, p. 28) sugere que, para um indivíduo administrar a sua potencialidade diante de um grupo ou uma equipe, duas competências devem ser destacadas: a técnica e a interpessoal. A competência técnica refere-se ao saber fazer aquilo que

deve ser feito. Assim como se exige uma série de técnicas de conhecimento e aperfeiçoamento, capazes de melhorar o desempenho de um atleta, o conhecimento do processo decisório pelo enfermeiro pode ajudá-lo a adquirir maiores habilidades e atitudes mais seguras nas tomadas de decisões que ocorrem simultaneamente na assistência de enfermagem, o que refletirá suas competências profissionais (CASTILHO; FUGULIM; GAIDZINSKI, 2005). Essa competência está pautada na componente funcional de Paiva (2007). Já a competência interpessoal refere-se ao saber lidar com o outro, se relacionar bem com os membros da equipe de trabalho. Isso reflete o saber lidar com o outro ou com a equipe de trabalho ao ponto de apresentar sensibilidade pessoal; isso pode resultar em qualidade de vida, saúde, alegria, prazer e felicidade entre pessoas que interagem entre si (IANNINI, 2000). Ela está relacionada com a ideia de Cunha (2008) a respeito de os enfermeiros deverem saber inter-relacionar uns com os outros, pois isso pode melhorar processos, pessoas e formas de trabalho. Tal competência pauta-se na componente comportamental de Paiva (2007).

Conforme menciona Retour (2008), é preciso haver equilíbrio entre competência e estratégia, caso contrário, não se pode falar em competência; da mesma forma, quando a competência não atende às bases peculiares do tipo de trabalho exercido, ela não pode ser utilizada em um sistema profissional de competências em curto prazo, já que não é legitimada por terceiros, em conformidade com a percepção de vários autores que discutem competência profissional no campo da gestão, como Fleury e Fleury (2004), Paiva (2007), Paiva e Melo (2008). Na perspectiva da gerência em enfermagem, Castilho e Gonçalves (2005) consideram estratégia como um método de assistência de enfermagem em nível institucional. Isso se relaciona com o que Marx (2006) explicita: a competência do indivíduo, se trabalhada, pode resultar em satisfação no trabalho e, com isso, acentuar a produtividade, o comprometimento, a troca de conhecimentos e informações, mas é necessário treinar e desenvolver as pessoas em suas habilidades, incentivando-as à melhoria constante. Assim, o processo de gestão de competências não está centrado no indivíduo, mas abrange outros atores que contribuem para tal (RAMOS, 2002; PAIVA, 2007; PAIVA; MELO, 2008).

Por outro lado, sobre a gestão de competências profissionais do enfermeiro, Marx (2006, p. 32) a descreve como o “domínio de atividades específicas e de apoio gerencial”. A autora profere que esse esforço trata de descobrir e gerenciar o que um enfermeiro sabe fazer de melhor, quais as características específicas e essenciais que podem levá-lo a evoluir em sua própria carreira e menciona que a gestão de competências e os processos são correlatos, nos quais as competências essenciais são reguladas conforme as necessidades, refletindo na qualidade e nos resultados das organizações. Essa perspectiva centraliza a gestão das competências do profissional nas suas próprias mãos, visão que merece ser ampliada dada a realidade mais complexa em que tal processo se dá.

Em síntese, e de acordo com o modelo apresentado por Paiva (2007) e Paiva e Melo (2008), as competências profissionais dos enfermeiros tratam de: conhecimentos formais, que dizem respeito à componente cognitiva; conhecimentos aplicados diretamente no trabalho cotidiano desses profissionais, o que se relaciona à componente funcional do modelo analítico adotado; relacionamentos produtivos e respeitosos com os demais membros da equipe e com terceiros, refletindo a componente comportamental; comportamento pautado em valores comungados por todos, espelhando a componente ética e comportamentos inseridos numa estrutura hierarquizada que podem ser, ou não, explicitados considerando-se os jogos políticos inerentes a qualquer estrutura produtiva, o que diz da componente política. A gestão das competências do profissional de enfermagem, como já esclarecido, não está centralizada apenas no próprio sujeito, mas sua responsabilidade está ampliada a outros atores sociais (hospital, instituições de interesse coletivo, instituições de ensino e, também, o próprio Estado), tendo em vista as relações que ele efetiva no seu cotidiano com vistas a formar e desenvolver continuamente tais competências. Isso se verifica, também, em achados de pesquisas, como os de Paiva e Martins (2011), que mostram a importância da prática como momento formativo das competências do profissional de enfermagem.

Salienta-se que o modelo analítico foi escolhido dada sua abrangência, sendo também aplicável no campo da enfermagem, no contexto hospitalar.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

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

Ela assumiu a natureza descritiva porque busca descrever os fenômenos, a relação e natureza das variáveis não mensuráveis, e os fatos que geralmente têm caracterizado o comportamento das pessoas no ambiente de trabalho, especificamente dos enfermeiros no hospital abordado. Em um contexto geral, os estudos descritivos formulam questionamentos, para que se possa obter uma descrição dos fenômenos e dos fatos que fogem da verificação, ou seja, observação, para evitar as conclusões falsas (VERGARA, 2009). Neste caso, a pesquisa buscará descrever e analisar como se encontram configuradas e são geridas as competências profissionais de enfermeiros, na sua própria percepção e na percepção de outros membros da equipe de enfermagem, tendo em vista que os dados e informações de diferentes fontes são fundamentais para legitimação das competências observadas, focalizando o caráter relacional e contingencial da competência desses profissionais.

A pesquisa de campo, realizada no próprio local onde o fenômeno ocorre (VERGARA, 2009), ocorrerá em um hospital filantrópico situado em uma cidade do interior do estado de Minas Gerais, Diamantina, onde foram encontrados os elementos que permitem observar o fenômeno em foco.

O tipo de abordagem da pesquisa foi qualitativa, pois procurou compreender os significados e as relações subjacentes a situações e fatos descritos pelos profissionais (RICHARDSON *et al.*, 1999; COZBY, 2003; TRIVIÑOS, 1987). De acordo com Demo (1989), esse tipo de abordagem desnuda aspectos menos formais dos fenômenos em questão, dadas as referências históricas e o próprio contexto material, temporal e espacial. Para Vergara (2009), os dados qualitativos devem ser tratados numa forma codificada, estruturada e analítica para facilitar sua interpretação, porém cabe ao pesquisador escolher a forma mais adequada para seu projeto estando ciente das limitações do método escolhido. Complementando,

Gil (2009) profere que, na pesquisa qualitativa, é comum trabalhar-se com vaivém entre observação, reflexão e interpretação à medida que se vai progredindo, podendo fazer ou não com que a ordenação lógica do trabalho fique complexa e, isso ocorrendo, pode retardar a finalização do relatório. Assim, a abordagem qualitativa visa à compreensão dos fenômenos peculiares e complexos.

A modalidade escolhida para a execução da pesquisa foi o estudo de caso, realizado em um hospital filantrópico mineiro. Segundo Vergara (2009), estudo de caso é o que se descreve tanto em caráter de profundidade, quanto em detalhamento sobre um determinado assunto. Nesta pesquisa, será analisada a competência dos enfermeiros e de seus auxiliares, cujos dados históricos e de gestão dessa parte do seu corpo funcional serão descritos no início da apresentação e análise dos dados.

3.1 Unidades de Análise e de Observação

Foram observadas as considerações sobre competência profissional de enfermeiros a partir de duas fontes de dados: uma, dos próprios profissionais de enfermagem do hospital e, a outra, de outros membros que compõem sua equipe de enfermagem. Ambos foram selecionados segundo o critério de acessibilidade, tendo em vista sua disposição em conceder a entrevista; do mesmo modo, a escolha do hospital também ocorreu segundo a acessibilidade do pesquisador (VERGARA, 2009).

Segundo dados concedidos pela organização, o corpo funcional da equipe de enfermagem era constituído por cinco enfermeiros e 10 membros da equipe (técnicos e auxiliares de enfermagem). Todos foram entrevistados após a autorização concedida pela diretoria da instituição e a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho dos profissionais, em uma sala previamente separada para tal.

3.2 Coleta de Dados

Num primeiro momento, foi realizado um levantamento documental, mediante acesso a protocolos internos e a outros documentos, foram levantados dados que permitiram descrever o hospital e sua localização.

O segundo instrumento de coleta de dados foi a entrevista, que buscou a obtenção de respostas por contato presencial do pesquisador. De acordo com Vergara (2009), a entrevista consiste em uma forma de jogo, na qual são expostas perguntas e obtidas respostas entre pesquisador e entrevistado. Segundo Lüdke e André (1986), as entrevistas são uma das principais técnicas de trabalho utilizadas na pesquisa social, desempenhando um importante papel não somente nas atividades científicas, mas também em muitas atividades humanas.

Além de um formulário de identificação dos entrevistados (APÊNDICE B), foram elaborados dois roteiros espelhados para serem aplicados aos enfermeiros, que informaram sobre si mesmos, e outro para os demais membros da equipe de enfermagem explicitarem dados sobre as competências dos enfermeiros que os gerenciam (APÊNDICE C). Além disso, foi aplicada, ao final das entrevistas, uma técnica projetiva de associação com 12 figuras previamente selecionadas (APÊNDICE D), cujo objetivo foi apreender de modo complementar outras percepções dos informantes (PAIVA, 2007) a respeito das competências dos enfermeiros do hospital. Como esta pesquisa faz parte de um projeto mais amplo, destaca-se que esses dois instrumentos de coleta de dados estão a ele vinculados. Assim, as perguntas do roteiro foram inspiradas em tal projeto e as figuras foram as mesmas que nele constam.

Convém ressaltar que essa utilização de diferentes instrumentos de coleta dentro de uma mesma abordagem, no caso deste estudo qualitativo, caracteriza uma triangulação intramétodo (JICK, 1979). Além desta, também se verifica a triangulação de dados (COLLIS; HUSSEY, 2005), já que duas fontes de dados (enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem) foram abordadas com vistas ao atingimento do objetivo geral dessa pesquisa.

3.3 Análise dos Dados

Lüdke e André (1986) mencionam que o processo de análise dos dados qualitativos conceitua-se no “trabalhar” todo o material obtido durante a pesquisa, por meio de relatos, observações, transcrições de entrevistas, análise de documentos e das demais informações disponíveis. O primeiro passo para análise dos dados, segundo mencionam esses autores, é organizar todo o material, dividindo-o em partes, em que seja possível identificar as tendências de grande relevância para o estudo. O segundo passo é reavaliar as tendências e padrões, como forma de encontrar relações e interferências em um nível de abstração mais elevado.

A fase mais complexa na análise dos dados, de acordo com Vergara (2009), é a classificação e a organização, das várias facetas dos achados. Essa fase requer revisão de ideias ou até mesmo novas concepções que foram agregadas a partir desta etapa de reflexão dos fatos descobertos, indo além da mera descrição, buscando-se algo que acrescente ao assunto, pois a categorização não se esgota pela análise, mas amplia-se com as novas inter-relações de interpretação e explanações de um tema abordado.

Desse modo, os dados obtidos por meio do levantamento documental foram trabalhados por meio de análise documental, buscando-se extrair informações que pudessem contribuir para caracterização do hospital onde se deu a pesquisa. Já os dados das entrevistas foram analisados de duas formas: estatística descritiva univariada para os dados do formulário de identificação e análise de conteúdo para os dados da entrevista em si, incluindo-se os comentários dos entrevistados a respeito das 12 figuras apresentadas na técnica projetiva de associação.

A análise de conteúdo trata-se de uma técnica que viabiliza uma análise das comunicações através de procedimentos sistemáticos e objetivos, pois acredita-se que se pode extrair muitas informações dentro do conteúdo de uma ou mais mensagens (BARDIN, 1977; FRANCO, 2005). Franco (2005, p.13) reforça o conceito de análise de conteúdo mencionando que “o ponto de partida da Análise de

Conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada”.

Conforme sugere Goulart (2006), uma análise de conteúdo deve apresentar as seguintes características:

- a) Objetiva: os dados devem ser disponíveis a estudos científicos, para serem descritos, analisados, autopsiados e decompostos sob várias maneiras;
- b) Exaustiva: todos os dados devem poder ser explorados até o seu esgotamento;
- c) Metódica: deve ser flexível tanto no aspecto de aprendizagem, quanto no de transmissão das informações obtidas;
- d) Quantitativa: deve possibilitar a mensuração (cálculos e medidas) e a avaliação, ser tão precisa quanto possível.

Para tanto, todas as entrevistas foram gravadas e esse material compôs a base para a realização da análise de conteúdo. Conforme delineado por Melo *et al.* (2007), o tratamento dos dados foi realizado em três etapas, a saber: preparação dos dados (transcrição das entrevistas na íntegra e organização das respostas por perguntas); análise ou tabulação quantitativa (realização de síntese das respostas por pergunta e frequência das mesmas); e análise temática (levantamento e síntese das temáticas consideradas importantes pelos entrevistados que não foram inicialmente explicitadas no roteiro).

3.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

Conforme pode ser observado na Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, de 10 de outubro de 1996 (CNS, 1996), que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres

Humanos, esta investigação foi guiada de modo a se respeitar suas fontes. O hospital investigado não possui Comitê de Ética em Pesquisa, daí foi formalizada a permissão para a execução do estudo. Note-se que o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado em dois comitês de ética e pesquisa de dois hospitais situados em Belo Horizonte (MG), conforme protocolos CAAE-0012.0.230.230-09 e 314/10.

Os profissionais alvos deste estudo leram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) e nenhum deles se recusou a esse procedimento ou desejou retirar seus dados em qualquer momento da pesquisa.

Os dados foram mantidos em posse do pesquisador e, assim que terminada a redação da versão final da dissertação, eles serão destruídos.

Os resultados da pesquisa, independentemente de seu teor, serão divulgados no hospital, conforme agendamento da direção, e também por meio desta dissertação e de artigos que vierem a ser redigidos e encaminhados a eventos e periódicos científicos.

Ressalte-se, ainda, que, em virtude da forma de inserção dos profissionais abordados, não se percebeu risco de qualquer natureza à sua integridade física e mental.

Além disso, todos os custos da pesquisa ficaram sob responsabilidade do pesquisador, não acarretando ônus ou premiação de qualquer natureza para os participantes ou mesmo para o hospital.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo está dividido em três partes. Na primeira, tem-se uma descrição do hospital filantrópico onde o estudo se deu; na segunda parte, encontram-se os dados demográficos e funcionais dos profissionais entrevistados; e a terceira parte apresenta as considerações sobre as competências profissionais.

4.1 Apresentação do hospital

O Hospital Filantrópico Nossa Senhora da Saúde onde foi realizado este estudo localiza-se na cidade de Diamantina (MG). Essa cidade faz parte do “circuito do diamante” e da Estrada Real. Sua localização é no Alto do Jequitinhonha, região central do estado, banhada pelas bacias hidrográficas do Rio São Francisco e do Jequitinhonha, a aproximadamente 292 km de Belo Horizonte. Trata-se de uma região onde podem ser encontradas diversas modalidades de turismo como, por exemplo, Histórico, Cultural, Religioso, de Negócios, Ecológico, Gastronômico, de Incentivo e outros que, por interesse e valorização popular, atraem povos de diversas origens, inclusive, de âmbito internacional. De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, a Unesco, desde fevereiro de 2002, trata-se de um Patrimônio Histórico Cultural que deve ser preservado pela Humanidade, em função dos expressivos valores históricos encontrados nas artes, na arquitetura e na cultura geral desde o segundo decênio do século XVIII (UNESCO, 2011). Diamantina ocupa uma área de aproximadamente 3.994 km² e, segundo os dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, possui uma população de 45.021 indivíduos, o que justifica a necessidade da existência de um hospital geral como é o caso do hospital abordado.

O Hospital Filantrópico Nossa Senhora da Saúde é uma associação religiosa de utilidade pública, de duração indeterminada, de fins caritativos beneficentes e de assistência à saúde sem fins lucrativos. Sua fundação ocorreu em 07 de abril de

1901, por força de disposição testamentária do finado Antônio Moreira Costa, Barão de Paraúna e aprovada por provisão episcopal, em 08 de abril de 1901.

Considerado uma referência macro-regional, esse hospital não possui fins lucrativos e oferece atendimento ambulatorial e hospitalar além dos limites do município de Diamantina, abraçando, também, cidades como Bocaiúva, Olhos D'água, Buenópolis, Augusto de Lima, Monjolos, Gouveia, Datas, Serro, Couto Magalhães de Minas, Senador Modestino Gonçalves e Carbonita, e outros distritos e povoados, tais como: Conselheiro da Mata, Extração, Mendanha, São João da Chapada, Sopa e Biriri. Sua ênfase consiste em atendimentos de média complexidade.

A missão deste hospital é “participar da promoção, proteção e recuperação da saúde, através da assistência médico-hospitalar de qualidade, com compromissos éticos e sociais”.

4.2 Dados demográficos e funcionais dos entrevistados

Os dados demográficos apresentados neste tópico foram extraídos do Formulário de Identificação (APÊNDICE B), preenchidos por 15 profissionais entre enfermeiros, técnicos e seus auxiliares no hospital objeto de pesquisa, momentos antes das respectivas entrevistas.

Os entrevistados foram caracterizados em oito critérios, quais sejam:

- a) **Sexo:** 13 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino;
- b) **Faixa etária:** 3 entrevistados possuem até 25 anos; 5 encontram-se na faixa de 26 a 30 anos; 3 entre 31 e 35 anos; 2 entre 36 e 40 anos; 1 entre 41 e 45 anos; e 1 entre 45 e 50 anos;
- c) **Estado civil:** 7 deles são solteiros; 4 casados; 2 desquitados ou separados; e 2 declararam estar em uma união estável;

- d) **Nível de escolaridade:** 1 deles possui o nível médio incompleto; 7 nível médio completo; 1 superior incompleto; 4 nível superior completo e 2 já finalizaram curso de especialização;
- e) **Sobre a classificação profissional:** 5 são Enfermeiros; 2 Auxiliares de Enfermagem; e 8 Técnicos em Enfermagem;
- f) **Quanto à renda familiar:** 4 recebem valores na faixa de R\$500 a R\$1.000; 3 entre R\$1.000 e R\$2.000; 6 entre R\$2.000 e R\$3.000; 1 entre R\$3.000 e R\$4.000; e 1 acima de R\$4.000;
- g) **Tempo de trabalho no hospital:** 2 entrevistados possuem menos do que um 1 ano de experiência no trabalho; 7 encontram-se na faixa de 1 a 5 anos; 3 na faixa entre 6 e 10 anos; 2 na faixa de 11 a 15 anos; e 1 possui mais de 20 anos de experiência;
- h) **Tempo de cargo:** 1 deles mencionou possuir menos de 1 ano de experiência no cargo; 8 entre 1 e 5 anos; 3 deles entre 6 e 10 anos; 1 encontra-se na faixa de 11 a 15 anos; 1 de 16 a 20 anos; e 1 com mais de 20 anos.

Assim, a maior parte dos entrevistados são mulheres, entre 26 e 30 anos; solteiras, com ensino médio completo (no caso, são os técnicos e auxiliares, pois os enfermeiros possuem no mínimo ensino superior completo), 5 são enfermeiros e 10 compõem o grupo de outros membros da equipe de enfermagem, possuem renda abaixo de R\$3.000, trabalham há menos de 5 anos na instituição e no referido cargo.

4.3 Sobre as competências profissionais dos enfermeiros

Este tópico apresenta e analisa as informações extraídas do Roteiro de Entrevista (APÊNDICE C), que foi submetido aos quinze profissionais alvo deste estudo, sendo, de um lado, 5 enfermeiros (Grupo Observado) que avaliaram a própria

competência profissional e, do outro, 10 membros da equipe de enfermagem (Grupo Controle), ou seja, técnicos e auxiliares, que avaliaram a competência dos primeiros, segundo a percepção deles próprios.

Cada pergunta do roteiro de entrevista originou uma tabela, na qual as respostas estão dispostas em ordem decrescente de recursividade. Após tabular as respostas dos entrevistados, foram inseridas em algumas das tabelas uma coluna onde foram identificadas as componentes das respectivas competências profissionais conforme especificado no modelo analítico de Paiva (2007), a saber: Cognitiva ou Intelectual (Cg), Comportamental ou Pessoal (Cm), Técnico-Funcional (Tf), Ética ou Valores (Et) e Política (Po).

Observou-se que, ao serem questionados sobre as atividades dos enfermeiros no hospital, 10 dos enfermeiros e técnicos mencionaram a supervisão dos trabalhos, denotando o caráter gerencial da função no âmbito hospitalar. Além disso, outras atividades dessa natureza também foram expostas como a organização e a realização de procedimentos-padrão. Assim, ambas as respostas mais recursivas pautam-se na componente técnico-funcional do modelo de Paiva (2007), a qual sustenta a realização de atividades explicitadas por Cunha (2008) e Marx (2006). Essas e outras respostas podem ser vistas na TAB. 1, com as respectivas componentes do modelo analítico identificadas.

Tabela 1: Atividades do enfermeiro no hospital, segundo os entrevistados

Respostas	Componentes da Competência Profissional	TOTALS		
		Grupo Controle	Grupo Observado	Geral
Supervisão dos trabalhos	Tf	5	5	10
Organização e procedimento padrão	Tf	3		3
Dar suporte	Tf, Cg	2		2
Prestar atendimento	Tf, Cg	2		2

Fonte: Dados da pesquisa.

Observem-se os seguintes relatos ilustrativos, nos quais é notável a presença da componente funcional nas competências explicitadas (metacompetências):

Várias né, coordenar, (...) é... supervisionar como qualquer enfermeiro mas também a gente fica na assistência quando necessário. (T4)

[Sussurros] Eu não vou poder responder essa pergunta... Aqui? O quê que eles fazem aqui? Aí, uê... supervisionam, né? Supervisionam os setores, cada um tem uma função e um setor, pois tem que supervisionar cada setor! Entendeu? Eu acho que o quê eu posso te dizer é só isso. (T7)

A supervisão dos trabalhos, como indicada por Cunha (2008) e Marx (2006), também foi um item mencionado na apresentação das FIG. 1, 2 e 3 que se seguem:



Figura 1 – Equipe.
Fonte: Gettyimages, 2009.



Figura 2 – Equipe.
Fonte: Gettyimages, 2009.



Figura 3 – Equipe.
Fonte: Gettyimages, 2009.

Observem-se os comentários que, além das atividades identificadas, também versam sobre atitudes como a apreensão e a dúvida, características do tipo de trabalho desenvolvido no interior do hospital, mas que carecem da intervenção competente do enfermeiro de modo a resultar em ações positivas (CUNHA, 2008; MARX, 2006; IANNINI, 2000):

Parece que tá lendo um prontuário, tá apreensivo, na face apreensiva nos dois, e acontece também. (T2)

Parece que está sendo feito algum questionamento, alguma coisa... aqui é a moça como enfermeira e o rapaz como médico, aqui acontece também! (T15)

Para realizar tais tarefas, várias foram as características apontadas como de um enfermeiro “ideal”. Para Cunha (2008, p.12), o conhecer as características individuais dos sujeitos e dos objetivos de seus ofícios pode ser fator determinístico na relação trabalho e atividade “propiciando com isso melhor adaptação do homem ao trabalho”. Essa teoria parece justificar, principalmente, o que alguns entrevistados mencionaram, por exemplo, que o saber lidar com as pessoas é imprescindível na opinião, principalmente, do grupo de controle, ou seja, 4 técnicos e auxiliares em enfermagem, o que se pauta na componente comportamental, fundamentalmente. Ciampone (1991, p. 205) ressalta que uma tomada de decisão deve ser coerente no trabalho, no desenvolvimento e nas relações do pessoal, no estilo de liderança e no comprometimento com a profissão e sua equipe de trabalho. Tudo indica, neste caso, que ter competência técnica e trabalhar em equipe (3 entrevistados) é fundamental no trabalho do enfermeiro. Essas e outras respostas estão sistematizadas na TAB. 2, juntamente com as componentes das competências envolvidas:

Tabela 2: Características do enfermeiro para execução de suas atividades, segundo os entrevistados

Respostas	Componentes da Competência Profissional	TOTAIS		
		Grupo Controle	Grupo Observado	Geral
Saber lidar com pessoas	Po, Cm, Et	4		4
Ter competência técnica	Cg, Tf	1	2	3
Trabalhar em equipe	Cm, Po	1	2	3
Ter interesse, ética, compromisso com o trabalho	Et, Cm	1	1	2
Procurar se atualizar	Cg	2		2
Conhecer o local de trabalho	Cg, Tf		1	1
Amor no que faz	Cm		1	1
Conhecimento teórico	Cg		1	1
Responsabilidade	Cg, Tf, Ét	1		1
Experiência e agilidade	Tf, Cg	1		1
Ser mais atuantes	Cm,	1		1
Saber liderar	Cm, Po, Et,	1		1

Fonte: Dados da pesquisa.

Assim, apesar de as atividades do enfermeiro estarem pautadas em componentes técnico-funcionais, as exigências para seu cumprimento voltam-se para competências mais amplas, que envolvem todas as demais componentes. Observe-se o relato de outro membro da equipe que privilegiou o “lidar com pessoas”:

[...] saber lidar com os... assim, com as relações com qualquer tipo de pessoa Né? [...] eu acho que não adianta você chegar ali e ver que eu fiz tudo bonitinho, tudo arrumadinho, mas não saber lidar realmente com as pessoas que estão ao seu redor. (T8)

Por outro lado, observa-se o depoimento de um enfermeiro que realçou o trabalho em equipe como fonte de segurança para os envolvidos na assistência, como versam Cunha (2008), Marx (2006) e Ianninni (2000):

É igual eu tô falando, os daqui que a gente trabalha tudo é em equipe, então éh..., num tem você falar alguma coisa se é bom ou se é ruim porque éh..., igual assim..., enquanto tá trabalhando em equipe junto com a gente aí é muito bom, porque a gente precisa, dá mais segurança pra gente... (T6)

Parte dos entrevistados, ao observarem as FIG. 4 e 5, mencionaram que uma equipe precisa sentir-se segura nas suas atribuições diárias e satisfeita no exercício de sua profissão. As relações humanas interpessoais tendem a ser valorizadas quando os objetivos no trato ao paciente são alcançados, criando uma inter-relação entre a equipe multiprofissional, que inclui enfermeiros, pacientes e familiares.



Figura 4 - Equipe
Fonte: Gettyimages, 2009.



Figura 5 - Equipe e familiares.
Fonte: Gettyimages, 2009.

Observe-se o relato:

Pra mim essa figura aqui é o que impulsiona a gente na área de saúde em qualquer profissão eu volto a falar questão de... de trabalhar junto, de estudar, de... de se manter atualizado, buscar novas formas de conhecimento, buscar conhecimento, é... são várias pessoas pra mim buscando a mesma coisa. (T5)

No entanto, o médico é apontado como um sujeito mais isolado dentro da equipe multidisciplinar, o que precisa ser revisto, dadas as consequências apontadas pelos entrevistados, cujas opiniões são sintetizadas nos relatos que se seguem:

Não é comum a gente ver a equipe toda assim né, junta, não é uma coisa comum aqui não... Há, eu acho que é a questão de cultura mesmo, muito individualista né o... o médico trabalha de determinada forma... eu acho que mais o médico é um pouquinho mais separado mesmo e a gente a... o resto da equipe até que é mais tranquilo. (T3)

Apesar de a experiência profissional ter sido alvo de apenas um comentário, sua importância em outros momentos foi associada à destreza, que diz respeito à componente técnico-funcional, e aos conhecimentos apreendidos, que estão relacionados à componente cognitiva:

É..., nível é... de experiência acho que conta muito tá, (...) somos funcionários aqui mais antigos, então tem uma carga muito boa. O enfermeiro deve... deveria... teria que ter né, é... competência pra tal que é uma profissão de extrema importância que a gente lidar com vidas né, é... o que mais... destreza né, e conhecimento técnico teórico. (T4)

A técnica projetiva trouxe outra contribuição: o saber negociar em diversas situações (CUNHA, 2008; MARX, 2006; IANNINI, 2000), principalmente no que tange a resultados voltados para a satisfação, como nos comentários da FIG. 6:



Figura 6 - Equipe
Fonte: Gettyimages, 2009

Observa-se que, nesta ilustração, foi identificado um momento de discussão sobre um caso, sendo também mencionadas por entrevistados a descontração e a pausa do trabalho, apesar de que, segundo eles, essas últimas são atípicas, pois a rotina do hospital geralmente não oferece momentos assim. Dos comentários sobre a situação, citam-se:

Cafezinho... parece que tá discutindo alguma coisa, acontece, sim, mas parece que é um setor fechado também, mas acontece sim. (T3)

O que eu entendo sobre isso daqui é o trabalho em equipe, que está discutindo alguma coisa, mostrando..., sim, eu vejo isso aqui dentro. (T12)

Assim, o trabalho em equipe, a discussão de caso e a liderança com pessoas no local de trabalho denotam bases comportamentais e técnico-funcionais. Além disso, corrobora Marx (2006) e Ianninni (2000) ao mencionarem que, na área da saúde, o trabalho em equipe pode determinar o sucesso da organização.

Boterf (2003) destacou que o conhecimento e habilidades pessoais adquiridas ao longo do tempo podem validar o *corpus* profissional, predispondo-o à sua identidade como trabalhador. Essa referência se faz presente quando da análise das características efetivas do enfermeiro do hospital abordado, pois o “trabalho em equipe” foi mencionado por 6 dos entrevistados; 2 entrevistados disseram que a

experiência profissional pode fazer com que um determinado trabalhador se empenhe mais nas atividades do que outro e isso, pode-se dizer, caracteriza uma componente de natureza técnico-funcional. Por outro lado, os comportamentos de cunho negativo só foram identificados pelos outros membros da equipe de enfermagem entrevistados, sendo consideradas as componentes comportamental, ética e política em tais condutas. Observe-se a TAB. 3:

Tabela 3: Características efetivas do enfermeiro do hospital para execução de suas atividades, segundo os entrevistados

Respostas	Componentes da Competência Profissional	TOTAIS		
		Grupo Controle	Grupo Observado	Geral
Trabalho em equipe	Cm, Po	4	2	6
Experiência	Tf		2	2
Adaptação à rotina do hospital	Tf, Po		1	1
Em permanente aperfeiçoamento	Cg, Tf	1		1
Alguns trabalham melhor do que os outros	Tf, Et, Po	1		1
Falta ética em alguns	Et, Cm	1		1
Alguns são difíceis de lidar	Cm, Et, Po	1		1
Alguns se acham melhores do que os outros	Cm, Et, Po	1		1

Fonte: Dados da pesquisa.

Para ilustrar percepções de comportamentos dos enfermeiros pautados nas componentes política, ética e comportamental, transcrevem-se as seguintes falas que espelham condutas positivas e negativas, respectivamente:

Com certeza. Porque é um trabalho em equipe né, a gente trabalha junto, a gente trabalha em grupo, então por mais que a gente tem definido cada um no seu setor, a gente tá sempre um ajudando o outro então é... (T3)

Não... assim... quer dizer, éh... alguns, são! Ah... porque aqui, às vezes, tem uns bem difíceis de lidar... de conversar de entender as coisas... tem uns que são mais complicados... Hum hum... (T13)

O trabalho em equipe, independentemente da especialidade da profissão e dos jogos políticos, ficou explícito quando da análise da FIG. 7 pelos entrevistados. Nela, foi identificado um momento de emergência no hospital onde todos se unem para

atender a demanda, o que espelha as considerações de Cunha (2008), Marx (2006) e Iannini (2000).



Figura 7 – Equipe em situação de emergência
Fonte: Gettyimages (2009)

Segundo as falas dos entrevistados, a rotina do hospital é tão relevante para o paciente quanto para os profissionais envolvidos no atendimento de quem precisa ter a saúde restaurada. Observem-se os relatos a esse respeito:

Geralmente quando eu faço isso é quando está tendo alguma urgência (risos). (T1)

Tem, em caso de uma urgência sim! Aí geralmente vai todo mundo. (T13)

As situações de emergência envolvem riscos inclusive para o pessoal do hospital, o qual é orientado a se comportar de modo a “não ser mais uma vítima”, denotando os riscos físicos inerentes ao trabalho nesse tipo de organização:

Ah tá! Aqui é assim... é realizada em peso porquê a gente tem que ter agilidade, mas nunca correr, porque uma das coisas que sempre falam é “nunca corram dentro do hospital”, porquê pode ser mais uma vítima, então aqui a gente tem que ter pressa para atender, mas correndo assim, chegar correndo assim não! Eu nunca vi não! Agora tentando agilizar sim, mas correndo não! (T9)

Procurou-se, também, identificar de modo mais direto as competências profissionais do enfermeiro no hospital abordado. Dentre as respostas, 5 entrevistados disseram que eles se ocupam da realização dos procedimentos pertinentes às atividades do enfermeiro, corroborando Marx (2006), para quem um dos papéis atribuídos ao enfermeiro é o de responsabilizar-se pelo cuidado integral dos integrantes de sua equipe hospitalar e dos pacientes, o que está sensivelmente vinculado às componentes cognitiva e técnico-funcional. Com base nesta última componente somada à comportamental e política, outros 4 entrevistados apontaram a coordenação das atividades. Outras repostas também podem ser vistas na TAB. 4.

Tabela 4: Competências profissionais do enfermeiro no hospital, segundo os entrevistados

Respostas	Componentes da Competência Profissional	TOTALS		
		Grupo Controle	Grupo Observado	Geral
Realizar procedimentos técnicos	Cg, Tf	3	2	5
Coordenar (equipe, processos)	Cg, Po, Tf	3	1	4
Ter habilidade técnica	Tf, Cg	2	1	3
Ser participativo	Cm, Po	1		1

Fonte: Dados da pesquisa.

Segue-se um relato que sintetiza esses achados e vai além, mostrando o papel pedagógico e de agente de mudança que o profissional de enfermagem vem desempenhando no hospital, como enfatizam Cunha (2008), Retour (2008) e Castilho e Gonçalves (2005):

Eu acho que a competência deles aqui éh... assim... estar nos orientando, ensinando, passando pra gente... porque sempre está mudando, sempre está mudando... na área da saúde sempre muda alguma coisa... e estar trazendo pra gente essa mudança... o quê que está mudando... então eu acho que assim... eles têm que estar bem informado assim para poder estar passando pra gente, porque a gente, quando a gente termina de estudar, tudo bem que a gente lê, vê revista, tudo... algumas mudanças... eles mandam pra gente também, mais eles estão mais por dentro, então eles

podem estar passando isso pra gente, hum hum... E assim, a gente se sente segura por isso... (T5)

A esse respeito, Zarifian (2008) menciona que ter desempenho não é o bastante: é preciso estar em constante aprimoramento das técnicas de trabalho e otimizar os processos. No mundo atual, as organizações tendem a mudar diante da necessidade e das exigências do mercado, principalmente, no que diz respeito às competências profissionais.

Os “procedimentos de enfermagem” foram detalhados quando da análise da FIG. 8, em que os entrevistados citaram o acompanhamento dos dados e informações que podem estar contidos em um prontuário médico, a indicação do melhor recurso para atendimento ou encaminhamento, indicando ser as componentes cognitiva e técnico-funcional recursivas no agir diário dos enfermeiros nesse espaço laboral.



Figura 8 – Equipe no posto de atendimento.
Fonte: Gettyimages (2009)

Em meio às respostas, observou-se também a sobrecarga de trabalho a que estão sujeitos os enfermeiros do hospital e a ansiedade por resolver os problemas, fatos que podem ter consequências na saúde física e emocional do corpo de enfermagem:

Um, um..., um posto, uma recepção, e atendente parecem né. fazendo mais de um... uma coisa também é comum. (T3)

Olha se eu não me engano aqui está parecendo éh... a roupa está meio diferente mas é uma recepcionista? Atendendo ao telefone, fazendo várias coisas e tudo ao mesmo tempo, ah... isso aqui também acontece. (T9)

Para se manterem competentes, os enfermeiros realizam basicamente quatro tipos de atividades: mantêm-se atualizados, principalmente por meio de cursos (8 sujeitos); buscam integrar teoria e prática no cotidiano de trabalho (4 deles); realizam trabalho em equipes no interior das quais trocas diversas ocorrem (2 deles); e tratam dos pacientes, o que, curiosamente (já que esta é a razão do próprio serviço), foi apontado apenas por um respondente. Assim, a gestão de competências, numa primeira análise, está centralizada nas mãos do próprio sujeito, de acordo com os relatos apresentados. A síntese das respostas está explicitada na TAB. 5.

Tabela 5: Ações do enfermeiro para se manter competente, segundo os entrevistados

Respostas	TOTAIS		
	Grupo Controle	Grupo Observado	Geral
Mantém-se atualizado	5	3	8
Reúne teoria e prática profissional	3	1	4
Trabalha com a equipe	1	1	2
Trata "bem" os pacientes	1		1

Fonte: Dados da pesquisa.

Os relatos que se seguem ilustram tais comportamentos que são preocupantes, pois, conforme aponta a literatura (RAMOS, 2002; PAIVA, 2007; PAIVA; MELO, 2008), tais esforços precisam levar em conta estímulos mais amplos com vistas a compor uma equação na qual sejam considerados os outros atores sociais envolvidos e que são, de fato, responsáveis pela formação e pelo desenvolvimento de competências profissionais:

Eu estudo, atualizo, é... recebo as críticas, deixa ver o que mais, discuto com os outros profissionais em geral, e tento atualizar constantemente. (T2)

Olha... cursos eles fazem né... mais assim, no dia a dia éh... Cursos assim, de especialização, fora e essas coisas assim eles fazem... mais... assim no

dia a dia, eles ficam é assim mais supervisionando, olhando... aquela coisa como que se diz assim... braçal igual a gente eu não vejo não... (T8)

Apesar de quatro membros da equipe de enfermagem terem afirmado que não existe dificuldade alguma para o enfermeiro manter-se competente, outros entrevistados relataram algumas dificuldades tendo sido as duas mais recursivas a falta de cursos especializados, o que se justifica pelo fato de tratar-se de um hospital localizado em uma cidade do interior sem tradição em instituições de ensino superior na área de saúde, e a falta de estrutura para trabalhar, o que implica uma formação de competências que transcende cursos formais, recaindo no caráter informal que também pode pautar tal processo. Para Peres, Leite e Gonçalves (2005), as organizações necessitam de profissionais capacitados, para que possam alcançar seus objetivos e isso só se alcança com a educação contínua dos seus empregados, para que estes obtenham condições, interpretem e utilizem a realidade que os cerca, principalmente, de um lado, para responder às exigências dos cargos e, do outro, para melhorar a prática da enfermagem. Essas e outras respostas estão sintetizadas na TAB. 6.

Tabela 6: Dificuldades do enfermeiro em ser competente, segundo os entrevistados

Respostas	TOTAIS		
	Grupo Controle	Grupo Observado	Geral
Nenhuma dificuldade	4		4
Falta de cursos especializados	2	1	3
Falta de estrutura para trabalhar	1	1	2
Dificuldade em repassar os conhecimentos		1	1
Falta de tempo para se aprimorar		1	1
Falta de profissionais		1	1
Dificuldade em ir para outras cidades para se atualizarem	1		1
Falta de trabalho em equipe	1		1

Fonte: Dados da pesquisa.

A sobrecarga de trabalho, apesar de não ter sido mencionada explicitamente, parece fazer parte das dificuldades, dado que trabalhar com uma “equipe mínima” inviabiliza o treinamento formal dos enfermeiros:

Número de pessoal, porque a gente trabalha com uma equipe mínima, uma escala mínima, é... tanto de... de técnico, de auxiliar como de enfermeiro, e tentar equilibrar, e identificar as diferenças das pessoas, e fazer com que essas diferenças não sejam empecilho na assistência. E tentar... é... fazer com que estejam as pessoas certas nos lugares certos dentro da competência de cada um. (T5)

A dificuldade em repassar os conteúdos apreendidos em cursos para os outros membros da equipe de enfermagem também foi apontada, mostrando uma brecha nos processos de formação e desenvolvimento de competências desses trabalhadores, o que, por outro lado, denota fragilidades na própria formação do enfermeiro, já que o seu saber não está sendo compartilhado.

Eu acho que aqui pra gente, no hospital, eu acho que falta mais éh... treinamento pra gente! Da área de... éh... a gente, nós que somos técnicos! Delas estarem passando mais treinamentos pra gente, para a gente estar ficando por dentro do que eles aprendem, do quê que elas estão aprendendo, lá fora... porque eles saem para poder fazer, né? Os cursos que elas estão fazendo... mas tá indo, estão fazendo com a gente cursos, a gente está tendo treinamento, mas não tanto igual eu acho que poderiam estar passando pra gente, o tanto de cursos que a gente poderia estar recebendo... entendeu? Treinamentos que a gente poderia estar recebendo, entendeu? Eles passam pra gente, mais... (T5)

Le Boterf (2003) alerta que as organizações já não são ou não serão mais as mesmas muito em breve e, por causa disso, é preciso investir no fator inteligência das pessoas, para que elas se renovem e se adaptem à nova realidade do mercado seja ele qual for. Para que as trocas no interior da equipe de enfermagem ocorram, as atitudes dos enfermeiros têm que se voltar para esse objetivo, pois eles também têm a ganhar com isso à medida que a equipe cresce como um todo.

Ao serem questionados sobre a formação acadêmica dos enfermeiros, esta é percebida como uma base, como um fundamento para que outras competências sejam desenvolvidas, seja por meio de sua prática, seja via educação continuada, como se pode observar nas respostas organizadas na TAB. 7. Pode-se perceber que 9 entrevistados alegaram que a faculdade deu a “estrutura” adequada; em contrapartida, 4 entrevistados disseram que as instruções poderiam ter sido melhores, por exemplo, se outros estágios fossem desenvolvidos durante a vida

universitária. Assim, mais uma vez, a aprendizagem no cotidiano se fez presente nas respostas, indicando a importância de processos estruturados e não estruturados na formação e no desenvolvimento de competências dos enfermeiros do hospital abordado.

Tabela 7: Contribuições da instituição de ensino (formação acadêmica) para as competências profissionais dos enfermeiros, segundo os entrevistados

Respostas	TOTAIS		
	Grupo Controle	Grupo Observado	Geral
A faculdade me deu estrutura	7	2	9
Podia melhorar tendo mais estágios dentro da faculdade	3	1	4
Melhor se eu estudar mais		1	1
Com estrutura e estágios		1	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Tais argumentos estão explícitos nas declarações a seguir:

Contribui. De... ele apesar de ser um hospital pequeno, eles incentivam a gente nesse sentido de... de tá atualizando, é... incentivam tanto... o incentivo financeiro mesmo, de ajuda né, de custeio de cursos, de pós. De pós assim, nem tanto, mas pelo ao menos eles dão a gente a condição né, mas é... eu acho que contribuí muito. (T3)

Muito. Uai, eu sou o que eu estudei, por exemplo, muita... tudo o que eu vi na faculdade é o que eu faço hoje né, por que antes eu era uma leiga, não sabia nada, então hoje o que é o que eu aprendi na faculdade mais é... a questão de... do meu jeito de ser também. (T4)

Contribui... Eu acho que vai muito do desempenho deles dentro da faculdade... Porque às vezes tem uns que dão... assim, se dedicam mais e outros se dedicam menos, às vezes um é mais interessado... e os outros não é... eu acho que isso influencia muito, porque muita das vezes num sabe... às vezes a gente sabe até mais do que eles... mais claro que a gente aqui faz o da gente né, mas às vezes, muita das vezes a gente até mais do que eles... (T7)

Como o modelo analítico adotado para fins desta dissertação indica que outros atores sociais comungam da responsabilidade pela formação e pelo desenvolvimento das competências profissionais (PAIVA, 2007; PAIVA; MELO, 2008), perguntou-se, também, para os entrevistados acerca da contribuição do hospital nesse sentido e 6 dos entrevistados alegam que o hospital tem oferecido

cursos, de um lado, e do outro, dado condições para que seus empregados se atualizem (5 deles). Por outro lado, dois entrevistados afirmaram que o hospital peca na estrutura e outros dois deles disseram que faltam mais cursos (TAB. 8).

Tabela 8: Contribuições do hospital para as competências profissionais dos enfermeiros, segundo os entrevistados

Respostas	TOTAIS		
	Grupo Controle	Grupo Observado	Geral
Oferecendo cursos	1	5	6
Dá condições para o enfermeiro se atualizar	5		5
O hospital peca na estrutura	2		2
Faltam mais cursos	2		2

Fonte: Dados da pesquisa.

É possível observar, nos relatos dos entrevistados, que eles percebem que o desenvolvimento de um profissional não para nele, pois à medida que um vai se mostrando mais competente, os outros vão aprendendo também e toda a equipe sai ganhando e, com isso, o hospital e, principalmente, a qualidade da assistência prestada:

Uai sempre eu vejo aí, que eles estão indo fazer cursos, essas coisas sempre eles estão sendo liberados... então eu acho que de uma certa forma eles estão contribuindo, não só para os enfermeiros. (T2)

De acordo com os entrevistados, a falta de estrutura pode levá-los a situações indesejáveis de estresse, cansaço, desânimo, desmotivação e até de desespero diante um caso, quando se defrontam com seus próprios limites e com a necessidade de melhoria. Tais sentimentos foram expostos quando dos comentários a respeito das FIG. 9, 10 e 11:



Figura 9 - Situação 1 do profissional.
Fonte: Gettyimages (2009)



Figura 10 - Situação 2 do profissional.
Fonte: Gettyimages (2009)

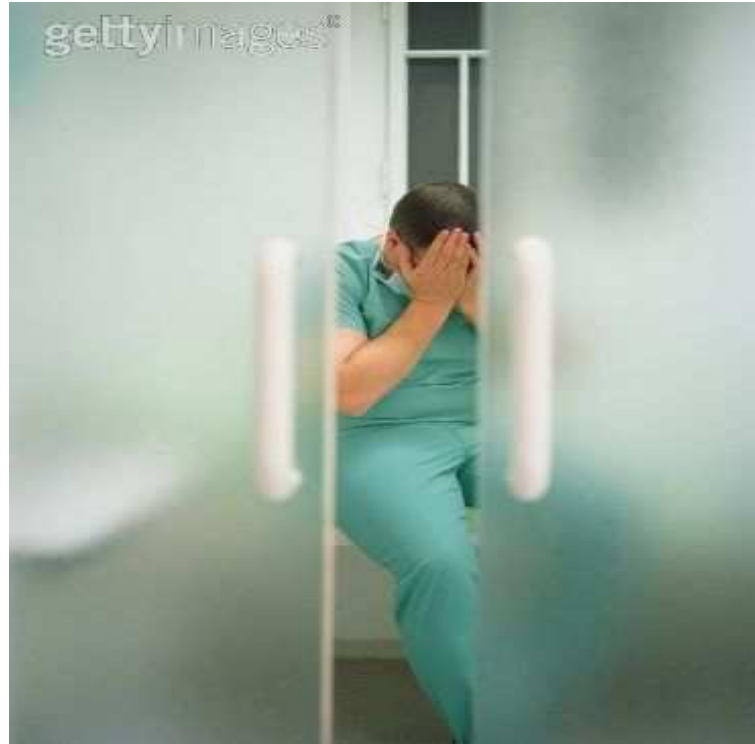


Figura 11 - Situação 3 do profissional.

Fonte: Gettyimages (2009)

Observem-se os relatos:

Cansaço, estresse. Que tem em qualquer... qualquer profissão da área de saúde, inclusive na nossa. (T5)

Um enfermeiro que assim, estava em procedimento e alguma coisa deu errado, né? (risos) Pra mim éh isso... (T11)

Assim, o próprio tipo de trabalho desenvolvido em um hospital pode trazer à tona sentimentos contraproducentes e desagradáveis, os quais devem ser trabalhados tanto individual como coletivamente. O lidar com doença, risco e morte exige uma estrutura psicológica que também se manifesta por meio das competências profissionais, as quais envolvem as componentes comportamental, ética e política (PAIVA, 2007; PAIVA, MELO, 2008). Esse lidar se aprende muito mais no cotidiano de trabalho que na instituição de ensino (PAIVA; MARTINS, 2011).

Por outro lado, Dutra, Fleury e Ruas (2008), assim como Paiva e Melo (2008), também indicam a importância de outros atores no processo de gestão de

competências profissionais. Desse modo, outro questionamento feito aos entrevistados buscou verificar as contribuições do Conselho Regional de Enfermagem no desenvolvimento da competência dos enfermeiros. As respostas colocaram esta instituição em posição delicada, pois a maioria não vê o conselho como ator relevante nesse processo. Apenas cinco respostas dos outros membros da equipe de enfermagem apontaram duas contribuições do conselho, sendo uma de controle, fiscalizando as atividades desse profissional, e outra relativa a cursos que ele oferece à categoria que representa (TAB. 9).

Tabela 9: Contribuições do conselho profissional para as competências profissionais dos enfermeiros, segundo os entrevistados

Respostas	TOTAIS		
	Grupo Controle	Grupo Observado	Geral
Não contribui	3	2	5
Irrelevante		2	2
Contribui fiscalizando as atividades dos enfermeiros	3		3
Contribui fornecendo cursos	2		2

Fonte: Dados da pesquisa.

Observem-se os seguintes relatos ilustrativos:

Tsc tsc.. Nem, de forma alguma, nenhuma. (T2)

Ah... essa aí eu não vou saber te responder não... eu não sei se o COREN contribui não! Só sei que o COREN só sabe cobrar. (T10)

Ainda sobre a contribuição de outros atores sociais para a gestão de competências dos enfermeiros abordados, perguntou-se sobre outras instituições de interesse coletivo, especificamente sindicatos ou associações. Conforme pode ser visto na TAB. 10, 6 entrevistados disseram que nenhuma outra instituição promove as competências profissionais dos enfermeiros; por outro lado, 3 entrevistados alegaram que se ocorre alguma contribuição, esta acontece mediante a presença de estagiários, principalmente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, UFVJM. Também foram lembrados o Sindicato dos trabalhadores, a

Associação Brasileira de Enfermagem, o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, SENAC, e a prefeitura da cidade, que oferece cursos nesse sentido.

Tabela 10: Contribuições de instituições, sindicatos ou associações para as competências profissionais dos enfermeiros, segundo os entrevistados

Respostas	TOTAIS		
	Grupo Controle	Grupo Observado	Geral
Nenhuma contribuição	4	2	6
UFVJM com os estagiários	2	1	3
Sindicado dos Trabalhadores		1	1
ABEN		1	1
SENAC		1	1
Prefeitura	1		1

Fonte: Dados da pesquisa.

Assim, apesar de esforços notados por poucos, várias instituições contribuem com os enfermeiros, porém de forma desarticulada, o que pode ser alvo de atenção de todas elas com vistas a aprofundar sua atuação junto ao hospital e, em especial, junto aos enfermeiros que nele atuam.

Por fim, foi perguntado aos entrevistados como eles achavam que os enfermeiros eram vistos dentro do hospital. Todas as características citadas foram alinhadas às componentes do modelo analítico adotado (PAIVA, 2007; PAIVA; MELO 2008), notando-se uma proeminência das componentes comportamental e política que pautam seis (cinco para cada, sendo 4 delas coincidentes) das 7 características listadas pelo grupo. Na TAB. 11, estão descritas essas características:

Tabela 11: Percepções dos outros profissionais a respeito do enfermeiro, segundo os entrevistados

Respostas	Componentes da Competência Profissional	TOTAIS		
		Grupo Controle	Grupo Observado	Geral
Como companheiros	Cm, Tf, Et, Po	4	2	6
Como suporte	Tf, Cm		2	2
Como ameaça	Po, Et	1	1	2
Como profissionais	Cg, Tf, Cm, Po, Et	2		2
Como “apagador de incêndio”	Tf		1	1
Não como “os melhores”	Cm, Po	1		1
Como líderes	Cm, Po	1		1

Fonte: Dados da pesquisa.

Além disso, foram verbalizadas características atribuídas ao grupo de enfermeiros, nas quais é notável o tom positivo, voltado para o trabalho em equipe, que sinaliza a componente comportamental:

Hum... eu acho que... os enfermeiros nós somos uma equipe muito unida. (T4)

Hum... eu creio que é como parte de uma equipe. (T9)

Quando da apreciação da FIG. 12, que foi identificada como um médico lidando com uma criança, demonstrando uma relação de confiança que conseguiu ser estabelecida em um ambiente muitas vezes inóspito, como é o caso do hospital.



Figura 12 - Situação 4 do profissional.
Fonte: Gettyimages (2009)

As falas dos entrevistados ilustram como tal relação se dá:

Nossa Senhora, amizade entre um médico e uma criança, bacana, é difícil a confiança de uma criança por um profissional de saúde. (T4)

Aqui é tranquilo, o médico... ops...a criança e o médico conversando... e aqui sim, eu vejo sempre! Um médico com carinho e com contato como você vê, com as crianças aqui. (T5)

Assim sendo, existe um degrau entre as competências ideais e as realmente explicitadas pelos enfermeiros, tanto na sua própria visão como na de outros membros da equipe de enfermagem. Observou-se, também, que a gestão de tais competências é muito centrada nas ações dos próprios profissionais, com certo apoio do hospital; no entanto, a participação de outras instituições ainda é tímida. Por fim, o trabalho exercido dentro do hospital produz, além de seus resultados primeiros (atendimento aos pacientes), outros que implicam satisfação do corpo de enfermagem.

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

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste estudo foi analisar como se configuram e são geridas as competências profissionais de enfermeiros em um hospital filantrópico mineiro, segundo a percepção deles próprios e de outros não enfermeiros, ou seja, técnicos e auxiliares de enfermagem que compõem uma equipe de enfermagem no referido contexto.

Para tanto, os temas abordados no referencial teórico foram: “Competências Profissionais”, “Gestão de competência” e “O Enfermeiro: histórico, trabalho e competência”. Deu-se ênfase ao modelo de competência profissional proposto por Paiva (2007) e Paiva e Melo (2008), já que foi o parâmetro analítico adotado para fins desta pesquisa.

A pesquisa foi caracterizada como descritiva, de campo, com abordagem qualitativa, nos moldes de um estudo de caso. A unidade de análise foram os enfermeiros de um hospital filantrópico localizado em Diamantina (MG). O principal instrumento de coleta de dados foi a entrevista, na qual se incluiu uma técnica projetiva de asociação de figuras, o que caracterizou uma triangulação intramétodo (JICK, 1979), realizada com os 15 profissionais do hospital sendo cinco profissionais em Enfermagem (Grupo de Observação) e dez membros não enfermeiros, ou seja, técnicos e auxiliares administrativos (Grupo de Controle) selecionados segundo o critério de acessibilidade. Como foram utilizadas essas duas fontes de dados, caracterizou-se outro tipo de triangulação, a de dados (COLLIS; HUSSEY, 2005). Ao final de cada entrevista, foi aplicada uma técnica projetiva de associação com figuras, o que contribuiu para levantar outras percepções dos informantes. Esses dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo.

Após a descrição do hospital e dos dados demográficos e funcionais dos entrevistados, passou-se às questões relacionadas à configuração das competências profissionais dos enfermeiros e de sua gestão, na percepção deles próprios e dos outros membros da equipe de enfermagem. Essa parte da

apresentação contou com auxílio de tabelas construídas por meio da análise de conteúdo, sendo que, em algumas delas, foi inserida uma coluna na qual as componentes da competência profissional, segundo o modelo analítico adotado (PAIVA, 20078; PAIVA; MELO, 2008), foram identificadas.

As competências profissionais identificadas como requeridas do enfermeiro foram semelhantes entre os dois grupos investigados, tendo sido listados o conhecimento teórico e técnico atualizado e o trabalho em equipe. No entanto, as competências observadas no cotidiano dos enfermeiros relacionam-se à realização de procedimentos e à coordenação da equipe, denotando maior preocupação com aspectos assistenciais que com gerenciais, os quais são típicos da profissão no contexto abordado.

Para apresentarem tais competências, os entrevistados indicaram como necessária, além da atualização com cursos, a experiência diária, principalmente voltada para o lidar com pessoas e liderá-las. De acordo com seus depoimentos, a gestão de competências é realizada prioritariamente pelo próprio enfermeiro, principalmente por meio de cursos de atualização e pelo exercício prático da função dentro do hospital, indicando o caráter individualizado dessa gestão.

Como aspectos dificultadores para a gestão de competências dos enfermeiros do hospital abordado, foram apontadas a falta de cursos e a de infraestrutura da organização, implicando fragilidade institucional no processo, sendo esta potencializada em virtude da tímida participação do conselho profissional, dos sindicatos e associações, percebidos pela maioria como atores praticamente omissos no referido processo.

É importante frisar que, tanto enfermeiros como membros de suas equipes dentro do hospital enfatizam as faces cognitiva, técnico-funcional, comportamental e ética e política no exercício competente das atividades dos primeiros, tendo eles muitas dificuldades na gestão de suas competências, a qual se realiza de modo solitário e descolado da prática multidisciplinar característica de seu trabalho. Outra contribuição dessa dissertação relaciona-se à metodologia adotada, que contou com

dois tipos de triangulação, conforme já mencionado, o que permitiu aprofundar a compreensão da realidade abordada.

Diante dos dados, das contribuições do estudo e das limitações de ter-se abordado apenas um hospital, de pequeno porte e localizado no interior do estado de Minas Gerais, sugere-se ampliar a pesquisa para outros profissionais do hospital, de modo a se traçar um quadro mais amplo a respeito das competências dos enfermeiros e da forma como são percebidas pelos demais membros da equipe multidisciplinar. Outra possibilidade de investigação diz respeito a estender este estudo para outras unidades de saúde, públicas e privadas, o que possibilitaria comparações e avanços no campo de pesquisa. Além disso, comparações entre unidades hospitalares de cidades de interior e entre estas e outras de grandes cidades (inclusive capitais) também podem propiciar uma troca que venha a contribuir para a gestão de competências dos profissionais enfermeiros nas suas diversas frentes de trabalho.

Longe de esgotar o estudo do tema ou mesmo sua observação no campo de pesquisa, pretendeu-se, também, com esta investigação, sair de um eixo geográfico que tradicionalmente marca os estudos nessa linha, ou seja, sair dos grandes centros urbanos e rumar para o interior, onde outros contextos revestem tais processos de dificuldades peculiares; desse modo, a gestão de competências carece de maior atenção nesses espaços, dado que a distância física entre os atores sociais que dela fazem parte pode (e deve) ser repensada em face das demandas das comunidades que carecem dos serviços de saúde, cuja qualidade depende, em grande parte, das competências de seus trabalhadores.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: ed. 70, 1977.

BITENCOURT, C.; BARBOSA, A. C. Q. Gestão de competências. In: BITENCOURT, C. (org.). **Gestão Contemporânea de Pessoas**: novas práticas, conceitos tradicionais. Porto Alegre: Bookman, 2010. 443 p. (p. 175-195)

BRASIL. Lei nº. 775, de 06 de ago. de 1949. Dispõe sobre o ensino de Enfermagem no País. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/index.jsp?action=LegislacaoTextual>>; http://planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1930-1949/L775.htm. Acesso em 16 ago. 2010.

BRASIL. Lei nº. 7.498, de 25 de jun. de 1986. Dispõe sobre a **regulamentação do exercício da enfermagem**. Senado Federal. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/index.jsp?action=LegislacaoTextual>>. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acesso em 14 ago. 2010.

BRASIL. Lei nº. 9.394, de 20 de dez. de 1996. **Dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação a Nacional**. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1996/9394.htm>>. Acesso em: 12 de nov. de 2010.

BRITO, M. J. M. et al. Interfaces das mudanças hospitalares na ótica da enfermeira-gerente. **Revista de Administração de Empresas**, v. 44, ed. Minas Gerais, p. 34-46, 2004.

CASTILHO; V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005. (p. 157-170)

CASTILHO, V.; FUGULIM, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005. (p.171-183).

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

CHEETHAM, G., CHIVERS, G. The Reflective (and Competent) Practitioner. **Journal of European Industrial Training**, v. 22, n. 7, p. 267-276, 1998.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLERIO, M. M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005.

CIAMPONE, M. H. T. Tomada de decisão em enfermagem In: KURCGANT, P. (coord). **Administração em Enfermagem**. Rio de Janeiro: EPU, 1991. (p. 191-206).

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

COZBY, P. C. **Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

CNS. Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. **Resolução 196**, de 10 de out. de 1996 que dispõe sobre as Diretrizes e Normas de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res196ch.htm>>. Acesso em: 02 nov. 2010.

CNS. Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. **Parecer CNE/CES Nº 1133/2001** - Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2010. (a)

CNS. Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. **Resolução CNE/CES Nº 3/2001** - Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2010. (b)

CUNHA, K. C. (Coord.). **Gerenciamento na enfermagem**: novas práticas e competências. São Paulo: Martinari, 2008.

DADOY, M. As noções de competência à luz das transformações na gestão da mão-de-obra. In: TOMASI, A. (Org.). **Da Qualificação à Competência**: Prática Pedagógica. Campinas: Papirus, 2004. (p. 105-142)

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2ª. ed., 1989.

DUGUÉ, E. A Lógica da Competência: o retorno do passado. In: TOMASI, A (org.). **Da Qualificação à Competência: pensando o século XXI**. Campinas, SP: Papirus, 2004. (p. 19-32)

DUTRA, J. S. **Competências: conceitos e instrumentos para gestão de pessoas na empresa moderna**. São Paulo: Atlas, 2004.

DUTRA, J. S.; FLEURY, M. T. L.; RUAS, R. (Org.). **Competências: conceitos, métodos e experiências**. São Paulo: Atlas, 2008.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. (p. 1-13)

FELLI, V. E. A.; TRONCHIN, D. M. R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. (p. 89-107)

FERREIRA, A. C.. **História da Enfermagem no Brasil**. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/historia.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2010.

FINURAS, P. Gestão das competências interculturais no quadro da GRH e da globalização. In: CEITIL, M. (org.). **Gestão e Desenvolvimento de Competências**. Lisboa: Edições Sílabo Lda, 2010. 442 p. (p. 195-237).

FLEURY, A. C. C.; FLEURY, M. T. L. **Estratégias Empresariais e Formação de Competências**. São Paulo: Atlas, 2004.

FRANCO, M. L. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Líder, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2009.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresa – RAE**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOMES, E.L.R. *et al.* Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M (Orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. (p. 229-250)

GOULART, I. B. Análise de conteúdo. In: GOULART, I. (Org). **Temas de psicologia e administração**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. (p. 153-174)

HADDAD, A. E. *et al.* (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da Saúde**: 1991-2004. Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP, 2006. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/32895535/a-trajetoria-dos-cursos-de-graduacao-na-saude>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

IANNINI, P. P. **Chefia e liderança**: capacitação gerencial. Viçosa: Aprenda Fácil, 2000.

JICK, T. D. M. Qualitative and quantitative methods: triangulation in action. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, p. 602-611, december, 1979.

KURCGANT, P. As teorias de Administração e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. (p. 3-14)

KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005. (p. 26-36)

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

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, T. R. **Telemar-Minas**: competências que marcam a diferença. 2001. 307f. Tese (Doutorado em Administração) – CEPEAD, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

MARTINS, V. L. V. **Competências Profissionais de Enfermeiras-Gestores**: um estudo no Hospital Governador Israel Pinheiro. 2010. 102 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2010.

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

MASSAROLLO, M. C. K. B.; FERNANDES, M. F. P. Ética e gerenciamento em enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005. (p. 14-25)

MASSAROLLO, M. C. K. B. Escalas de distribuição de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. (p. 109-116)

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. (Orgs.). **Administração**, Metodologia, Organizações e Estratégia. Curitiba: Juruá, 2007. (p. 67-79)

NOGUEIRA, A. M. Competências em relações de trabalho e sindicais. In: DUTRA, J. S.; FLEURY, M. T. L.; RUAS, R. (Org.). **Competências**: conceitos, métodos e experiências. São Paulo: Atlas, 2008. (p. 215-252)

PAIVA, K. C. M. **Gestão de competências e a profissão docente**: um estudo de caso em universidades no Estado de Minas Gerais. 2007. 278f. Tese (Doutorado em Administração) – CEPEAD, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

PAIVA, K. C. M.; MELO, M. C. O. L. Competências, gestão de competências e profissões: perspectivas de pesquisas. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 339-368, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552008000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 dez. 2010. doi: 10.1590/S1415-65552008000200004.

PAIVA, K. C. M.; MARTINS, V. L. V. Contribuições do estágio extracurricular para as competências profissionais: percepções de enfermeiros de um hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 227-238, 2011.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005. (p.108-124)

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. **Gerência e competências gerais do enfermeiro**. 2006. Monografia (conclusão do curso) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, São Paulo.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J.; GONÇALVES, V. L. M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005. (p. 138-156)

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

RETOUR, D. Progressos e limites da gestão por competências na França. In: DUTRA, J. S.; FLEURY, M. T. L.; RUAS, R. (Org.). **Competências**: conceitos, métodos e experiências. São Paulo: Atlas, 2008. (p. 287-296).

TAKAHASHI, R. T.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de recursos físicos e ambientais. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: EPU, 2005. (p. 184-194)

TOMASI, A. (Org.). **Da Qualificação à Competência**: Prática Pedagógica. Campinas, SP: Papirus, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Disponível em: <<http://www.unesco.org/new/en/unesco/>>. Acesso em: 17 fev. 2011.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa e administração**. São Paulo: Atlas, 2009.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS”.

Você foi selecionado aleatoriamente e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo geral deste estudo é descrever e analisar como se dá a gestão de competências profissionais na área de saúde, em especial enfermeiros, considerando vínculos de trabalho, especialidades e espaços ocupacionais diferenciados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista com roteiro previamente estruturado e preencher um formulário de identificação com seus dados demográficos e funcionais.

Deste modo, os riscos relacionados com sua participação são mínimos, pois trata-se de participar desta entrevista, cujo processo não implica danos de qualquer natureza ao sujeito entrevistado.

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

As informações obtidas através 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 constam o telefone e o endereço institucional do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Muito obrigado!

Welinton Jesus Santos Junior
 Telefone: (31) 8827-8720
 e-mail: welinton.junior@mestrado.unihorizontes.br

Coordenadora de Enfermagem
 Telefone:
 e-mail:

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

Nome:
 Telefone:
 e-mail:
 Assinatura: _____.

APÊNDICE B – Formulário de Identificação

Dados Demográficos e Funcionais dos entrevistados

<p>1 - Sexo</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p>2 – Faixa Etária</p> <p>a) <input type="checkbox"/> até 25 anos</p> <p>b) <input type="checkbox"/> de 26 a 30 anos</p> <p>c) <input type="checkbox"/> de 31 a 35 anos</p> <p>d) <input type="checkbox"/> de 36 a 40 anos</p> <p>e) <input type="checkbox"/> de 41 a 45 anos</p> <p>f) <input type="checkbox"/> de 45 a 50 anos</p> <p>g) <input type="checkbox"/> mais de 50 anos</p> <p>3 – Estado Civil</p> <p>a) <input type="checkbox"/> solteiro</p> <p>b) <input type="checkbox"/> casado</p> <p>c) <input type="checkbox"/> desquitado / divorciado / separado</p> <p>d) <input type="checkbox"/> viúvo</p> <p>e) <input type="checkbox"/> união estável</p> <p>f) <input type="checkbox"/> outro: _____</p> <p>4 – Escolaridade</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Ensino médio completo</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Ensino superior completo</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Especialização</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Mestrado</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Doutorado</p> <p>5 – Qual sua profissão?</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Enfermeiro</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermagem</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Outros _____</p>	<p>6 – Renda Familiar</p> <p>a) <input type="checkbox"/> R\$ 500 à R\$ 1.000</p> <p>b) <input type="checkbox"/> R\$ 1.000 à R\$ 2.000</p> <p>c) <input type="checkbox"/> R\$ 2.000 à R\$ 3.000</p> <p>d) <input type="checkbox"/> R\$ 3.000 à R\$ 4.000</p> <p>e) <input type="checkbox"/> acima de R\$ 4.000</p> <p>7 – Há quanto tempo você trabalha neste hospital?</p> <p>a) <input type="checkbox"/> menos de 1 ano</p> <p>b) <input type="checkbox"/> de 1 a 5 anos</p> <p>c) <input type="checkbox"/> de 6 a 10 anos</p> <p>d) <input type="checkbox"/> de 11 a 15 anos</p> <p>e) <input type="checkbox"/> de 16 a 20 anos</p> <p>f) <input type="checkbox"/> mais de 20 anos</p> <p>8- Há quanto tempo você atua neste cargo?</p> <p>a) <input type="checkbox"/> menos de 1 ano</p> <p>b) <input type="checkbox"/> de 1 a 5 anos</p> <p>c) <input type="checkbox"/> de 6 a 10 anos</p> <p>d) <input type="checkbox"/> de 11 a 15 anos</p> <p>e) <input type="checkbox"/> de 16 a 20 anos</p> <p>f) <input type="checkbox"/> mais de 20 anos</p> <p>10 – Quanto tempo de experiência você tem nesta função, incluindo sua atuação em outras organizações?</p> <p>a) <input type="checkbox"/> menos de 1 ano</p> <p>b) <input type="checkbox"/> de 1 a 5 anos</p> <p>c) <input type="checkbox"/> de 6 a 10 anos</p> <p>d) <input type="checkbox"/> de 11 a 15 anos</p> <p>e) <input type="checkbox"/> de 16 a 20 anos</p> <p>f) <input type="checkbox"/> mais de 20 anos</p>
---	--

APÊNDICE C - Roteiros de Entrevista

Grupo de Observação

Enfermeiro

Minha pesquisa é sobre competências do enfermeiro deste hospital. Esta entrevista começa com a seguinte pergunta:

1. Quais são as atividades dos enfermeiros neste hospital?
2. Que características deveria ter o enfermeiro para a execução de tais atividades?
3. Os enfermeiros deste hospital são assim? Por quê?
4. Quais as competências profissionais do enfermeiro neste hospital?
5. O que você faz para ser um “enfermeiro - competente”?
6. Quais são as suas dificuldades nesse sentido?
7. A sua formação acadêmica contribui para o desenvolvimento de suas competências? Se sim, como?
8. O hospital contribui para o desenvolvimento de suas competências? Se sim, como?
9. O conselho regional de enfermagem contribui para o desenvolvimento de suas competências? Se sim, como?
10. Outras instituições contribuem para o desenvolvimento de suas competências? Se sim, quais e como?
11. Como você acha que os outros membros da equipe vêem o enfermeiro aqui?
12. Agora vou te mostrar algumas figuras que tratam do trabalho no interior do hospital e gostaria que você comentasse com base nas suas atividades como enfermeiro deste hospital.
13. Quer acrescentar algo?

Obrigado!

Grupo de Controle**Outros membros da equipe de enfermagem**

Minha pesquisa é sobre competências do enfermeiro deste hospital. Esta entrevista começa com a seguinte pergunta:

1. Quais são as atividades do enfermeiros neste hospital?
2. Que características deveria ter o enfermeiro para a execução de tais atividades?
3. Os enfermeiros deste hospital são assim? Por que?
4. Quais as competências profissionais do enfermeiro neste hospital?
5. O que você percebe que eles fazem para serem “enfermeiros - competentes”?
6. Quais dificuldades você percebe nesse sentido?
7. Na sua opinião, a formação acadêmica dos enfermeiros contribui para o desenvolvimento das competências deles? Se sim, como?
8. O hospital contribui para o desenvolvimento das competências deles? Se sim, como?
9. O conselho regional de enfermagem contribui para o desenvolvimento das competências deles? Se sim, como?
10. Você percebe que outras instituições contribuem para o desenvolvimento das competências deles? Se sim, quais e como?
11. Como você acha que eles se vêem aqui?
12. Agora vou te mostrar algumas figuras que tratam do trabalho no interior do hospital e gostaria que você comentasse com base nas atividades do enfermeiro deste hospital.
13. Quer acrescentar algo?

Obrigado!

APÊNDICE D – Figuras Seleccionadas



Figura 1 – Equipe.
Fonte: Gettyimages, 2009.



Figura 2 – Equipe.
Fonte: Gettyimages, 2009.



Figura 3 – Equipe.
Fonte: Gettyimages, 2009.



Figura 4 - Equipe
Fonte: Gettyimages, 2009.



Figura 5 - Equipe e familiares.
Fonte: Gettyimages, 2009.



Figura 6 - Equipe
Fonte: Gettyimages, 2009



Figura 7 – Equipe em situação de emergência
Fonte: Gettyimages (2009)



Figura 8 – Equipe no posto de atendimento.
Fonte: Gettyimages (2009)



Figura 9 - Situação 1 do profissional.
Fonte: Gettyimages (2009)



Figura 10 - Situação 2 do profissional.
Fonte: Gettyimages (2009)



Figura 11 - Situação 3 do profissional.
Fonte: Gettyimages (2009)



Figura 12 - Situação 4 do profissional.
Fonte: Gettyimages (2009)

S237c Santos Júnior, Welinton

Competências profissionais de enfermeiros: um estudo em um hospital filantrópico mineiro/Welinton Santos Júnior –Belo Horizonte: Faculdade Novos Horizontes, 2011.

89 p.; Il. (Dissertação de mestrado em Administração)

1. Competência profissional. 2. Gestão da competência. 3. Enfermeiro. 4. Hospital. I. Paiva, Kely Cesar Martins de (Orient.). II. Título.

CDD: 658.4