FABIANA BIANCHET DE SOUZA NEVES

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE SUAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, para obtenção do título de Mestre – Área de Concentração em Saúde da Família.
Orientadora: Professora Dra. Gladys Amélia Vélez Benito.

Itajaí (SC), 2005

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

FABIANA BIANCHET DE SOUZA NEVES

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE SUAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Esta dissertação foi considerada aprovada ao seu termino final pelo Programa de Pós-Graduação no curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho para obtenção do titulo de Mestre em Saúde–Área de Concentração: Saúde da Família.

Itajaí (SC), 20 de dezembro de 2005.

Águeda Lenita Pereira Wendhausen
UNIVALI – Coordenadora do Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho

Gladys Amélia Vélez Benito
UNIVALI – Presidente/Orientadora

João Carlos Caetano
UNIVALI – Membro da Banca

Antônio Wosny de Miranda
UFSC – Membro da Banca

Dedico esta dissertação à minha filha,
DRYELLE

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Gladys Benito, pela confiança e orientação durante toda a trajetória deste estudo, auxiliando a sobrepujar minhas dificuldades.

À Coordenadora do Curso de Mestrado, Professora Doutora Agueda Lenita Wendhausen, que carinhosamente acolheu todos os mestrandos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí, pela oportunidade de realização deste estudo.

Aos Enfermeiros do Programa Saúde da Família de Itajaí, que auxiliaram neste estudo.

Aos colegas de Mestrado/Turma I, que estiveram presentes na minha vida acadêmica.

Ao Professor Mestre Màrcio Vieira Angelo, pelo auxílio na análise quantitativa dos dados.

Ao meu pai Nildomar, pela força, incentivo e ensinamentos que deixou.

À minha mãe Carmem, pelo amor, dedicação e carinho sempre disponível no cuidado de minha filha.

À minha maravilhosa filha Dryelle, pelo amor e compreensão.

Ao meu amigo e namorado Márcio, pela ajuda na finalização deste estudo.

Ao meu amigo Fernando, a quem devo um agradecimento especial.

À banca examinadora, pela gentileza com que aceitou participar deste estudo.

Concluindo, a todos que, de uma forma ou de outra, possibilitaram a conclusão deste estudo.

NEVES, Fabiana Bianchet de Souza**, Percepção do enfermeiro sobre suas competências gerenciais no programa saúde da família**. 2005. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho)-Universidade do Vale do Itajaí.SC.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar as competências gerenciais requeridas do enfermeiro do Programa Saúde da Família na percepção dos próprios enfermeiros. O Sistema Único de Saúde, no seu processo de reorganização de políticas, está propondo, implantando e implementando estratégias que fundamentalmente visam consolidar sua proposta de reorganização/reordenação do modelo de atenção à saúde. Neste sentido, a Estratégia da Saúde da Família busca a reorientação dos serviços de saúde, através do fortalecimento da relação de compromisso e responsabilidade entre profissionais e usuários. Prevê, ainda, a elaboração e execução de projetos e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, seguindo os princípios de vigilância à saúde. O Ministério da Saúde coloca que são atribuições fundamentais dos profissionais do PSF: o planejamento de ações em saúde, promoção e vigilância, trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral da família. As funções gerenciais desempenhadas pelo enfermeiro são voltadas para a resolução dos problemas de saúde do indivíduo, da família e do meio ambiente. Sabe-se que a gerência, quando fundamentada em competências resulta em um conjunto de mudanças, promovendo maior responsabilidade e desempenho no seu trabalho. Sendo assim, planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde tornam-se necessários para o cumprimento do seu papel gerencial. O conceito de competência é baseado em três dimensões: conhecimentos, habilidades e atitudes, e engloba as questões técnicas, a cognição e as atitudes relacionadas ao trabalho. Trata-se de uma pesquisa exploratória, onde utilizamos uma abordagem quantitativa e qualitativa. A amostra constitui-se de dezesseis enfermeiros das equipes de PSF do município de Itajaí/SC. Inicialmente, os dados foram submetidos à análise de distribuição de freqüência relativa e apresentados em quadros, complementando a analise desta pesquisa, utilizou-se da analise de conteúdo temático para discutir as perguntas abertas constantes no instrumento de pesquisa. Os resultados advindos do estudo identificaram que duas variáveis conhecimentos, uma variável habilidade e uma variável atitude, foram reconhecidas pela totalidade dos entrevistados como sendo de extrema importância enquanto competência gerencial.

Palavras-chaves: Competências gerenciais, Saúde da Família,
.

NEVES, Fabiana Bianchet de Souza**, Percepção do enfermeiro sobre suas competências gerenciais no programa saúde da família**. 2005. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho)-Universidade do Vale do Itajaí.SC.

ABSTRACT

This study it had as objective to identify managemental abilities required of the nurse of the Program Health of the Family in the perception of the proper nurses. The Only System of Health, in its process of reorganization of politics, is considering, implanting e implementing strategies that basically they aim at to consolidate its proposal of reorganização/reordenação of the model of attention to the health. In this direction Strategy of the Health of the Family searchs the reorientation of the health services, through the fortalecimento of the relation of commitment and responsibility it enters professionals and users. It still foresees, the elaboration and execution of projects e action of promotion, protection and recovery of the health, following the principles of monitoring to the health. The Health department places that they are attributions basic of the professionals of the PSF: the planning of action in health, promotion and monitoring, work to interdisciplinar in team and integral boarding of the family. The managemental functions played by the nurse are come back stop the resolution of the problems of health of the individual, the family and the environment. One knows that it manages it when based on abilities it results in one set of changes, promoting bigger responsibility and performance in its work. Being thus to plan, to organize, to control and to evaluate actions e health services become necessary for the fulfilment of its paper managemental. The ability concept is based on three dimensions: knowledge, abilities and attitudes and engloba the questions techniques, cognition and the attitudes related to the work. One is about a research exploratória, where we use a quantitative and qualitative boarding. sample consists of sixteen nurses of the teams of PSF of the city of Itajaí/SC. Initially the data had been submitted analyze it of distribution of relative frequency and presented in pictures, complementing it analyzes it of this research, it was used of analyzes of thematic content to argue constant open questions in the research instrument. The happened results of the study they had identified that two changeable knowledge, an 0 variable ability and a changeable attitude, had been recognized for the totality of interviewed as being of extreme importance while managemental ability.

Word-keys: Managemental abilities, Health of Family,

NEVES, Fabiana Bianchet de Souza**, Percepção do enfermeiro sobre suas competências gerenciais no programa saúde da família**. 2005. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho)-Universidade do Vale do Itajaí.SC.

RESUMEN

Este estudio que tenía como objetivo a identificar capacidades managemental requeridas de la enfermera del programa Salud de la familia en la opinión de las enfermeras apropiadas. El único sistema de la salud, en su el proceso de la reorganización de la política, está considerando, implantar e poniendo las estrategias en ejecucio'n a las cuales tienen como objetivo básicamente consolidaron su oferta de reorganização/reordenação del modelo de la atención a salud. En esta dirección Estrategia de la salud de los searchs de la familia la reorientación de los servicios médicos, con el fortalecimento de la relación de la comisión y responsabilidad que incorpora profesionales y usuarios. Todavía preve, la elaboración y la ejecución de los proyectos e acción de la promoción, de la protección y de la recuperación de la salud, después de los principios de supervisión a la salud. Los lugares del departamento de la salud que son atribuciones básico de los profesionales del PSF: el planeamiento de la acción en salud, promoción y supervisión, trabajo a interdisciplinar en equipo y el subir integral de la familia. Las funciones managemental jugaron por la enfermera son parada vuelta la resolución de los problemas de la salud del individuo, familia y el ambiente. Uno sabe que lo maneja cuando está basado en capacidades que resulta adentro uno sistema de cambios, promoviendo una responsabilidad y un funcionamiento más grandes en su trabajo. Siendo así planear, organizar, controlar y evaluar las acciones e los servicios médicos llegan a ser necesarios para el cumplimiento de su papel managemental. El concepto de la capacidad se basa en tres dimensiones: conocimiento, capacidades y actitudes y engloba las preguntas técnicas, la cognición y las actitudes se relacionaron con el trabajo. Uno está sobre una investigación exploratória, donde utilizamos un cuantitativo y cualitativo el subir. la muestra consiste en dieciséis enfermeras de los equipos de PSF del ciudad de Itajaí/SC. Los datos habían sido sometidos inicialmente lo analizan de la distribución de la frecuencia relativa y presentado en los cuadros, complementando la analiza de esta investigación, fue utilizada de analiza de contenido temático para discutir preguntas abiertas de la constante en el instrumento de la investigación. Los resultados sucedidos del estudio habían identificado ese conocimiento cambiable dos, 0 variables la capacidad y una actitud cambiable, habían sido reconocidas para totalidad de entrevistado con como siendo de importancia extrema mientras que es managemental capacidad.

Palabra-llaves: Capacidades de Managemental, salud de Familia,

SUMÁRIO

RESUMO v

ABSTRACT..... vi

RESUMEN vii

LISTA DE FIGURAS..... x

LISTA DE TABELAS..... xi

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO 12

1.1 Justificativa do estudo 13
1.2 Objetivos do estudo 15
1.2.1 Objetivo geral 15
1.2.2 Objetivos específicos 15
1.3 Estrutura do estudo .....

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA 17

2.1 Sistema Único de Saúde 18
2.2 O Programa Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde... 20
2.3 Aspectos Históricos da Organização dos Serviços de Saúde de Itajaí 23
2.4 A Enfermagem no contexto do Programa Saúde da Família 26
2.5 Atribuições do Enfermeiro no Programa Saúde da Família 27
2.6 Competências Gerenciais do Enfermeiro no Programa Saúde da Família 28

CAPÍTULO III

REFERENCIAL TEÓRICO 32

CAPÍTULO IV

PERCURSO METODOLÓGICO 40

4.1 Caracterização da Pesquisa 41
4.2 Natureza da Pesquisa 41
42

4.3 População e Amostra 42
4.4 Construção e validação do instrumento de coleta de dados 43
4.5 Procedimentos para Coleta de Dados 44
4.6 Procedimentos para Análise dos Dados 46
4.7 Descrição dos Procedimentos Éticos .....

CAPÍTULO V

ANÁLISE DOS RESULTADOS 48

5.1 Apresentação dos dados referentes à identificação dos profissionais 49
5.2 Apresentação dos resultados do grau de importância dos conhecimentos a serem desenvolvidos pelos enfermeiros nas equipes de saúde da família... 56
5.3 Apresentação dos resultados do grau de importância das habilidades a serem desenvolvidos pelos enfermeiros nas equipes de saúde da família..... 63
5.4 Apresentação dos resultados do grau de importância das atitudes a serem desenvolvidas pelos enfermeiros nas equipes de saúde da família..... 68
5.5 Análise temática de conteúdo das questões abertas..... 76

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES 82

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 85

APÊNDICES

Apêndice A – Consentimento Livre e Esclarecido..... 91
Apêndice B – Questionário – Percepção do Enfermeiro Sobre suas Competências Gerenciais no Programa de Saúde da Família – PSF..... 93
Apêndice C – Descrição Analítica 1..... 100
Apêndice D – Descrição Analítica 2 102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica do Marco teórico 39
Gráfico 1 – Variável sexo 50
Gráfico 2 – Variável faixa etária 51
Gráfico 3 – Variável tempo de formado 52
Gráfico 4 – Variável tempo de exercício na saúde pública 53
Gráfico 5 – Variável tempo de exercício no PSF 54
Gráfico 6 – Variável pós-graduação 55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de freqüência dos profissionais por sexo..... 50
Tabela 2 – Distribuição de freqüência dos profissionais por faixa etária..... 51
Tabela 3 – Distribuição de freqüência dos profissionais por tempo de formado..... 51
Tabela 4 – Distribuição de freqüência dos profissionais por exercício na saúde publica..... 52
Tabela 5 – Distribuição de freqüência dos profissionais por tempo de exercício no PSF..... 53
Tabela 6 – Distribuição de freqüência dos profissionais por pós-graduação.... 55
Tabela 7 – Distribuição de freqüência dos profissionais com curso introdutório para PSF..... 56
Tabela 8 – Distribuição de freqüência do grau de importância dos conhecimentos gerenciais a serem desenvolvidos pelos enfermeiros nas equipes de saúde da família. Itajaí, 2005..... 57
Tabela 9 – Distribuição de freqüência do grau de importância das habilidades gerenciais a serem desenvolvidos pelos enfermeiros nas equipes de saúde da família. Itajaí, 2005..... 64
Tabela 10 – Distribuição de freqüência do grau de importância das atitudes gerenciais a serem desenvolvidas pelos enfermeiros nas equipes de saúde da família. Itajaí, 2005..... 69

CAPÍTULO I

INTRODUÇAO

1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Esta dissertação faz parte de duas linhas de pesquisa do grupo de pesquisa: educação na saúde e gestão do trabalho (ESGET) registrado no CNPq: A linha de Gestão de Pessoas e Serviços de Saúde, que tem como um de seus objetivos gerar conhecimento a partir da utilização de tecnologias que contribuam com a gestão de pessoas e serviços de saúde visando à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS); e a linha de Formação de Recursos Humanos na Saúde que visa investigar tecnologias de educação permanente para o Sistema Único de Saúde, buscando viabilizar, na prática, as políticas estabelecidas para a gestão do trabalho em saúde.

O SUS, no seu processo de reorganização de políticas, está propondo, implantando e implementando estratégias que fundamentalmente visam consolidar sua proposta de reorganização/reordenação de modelo de atenção à saúde. Neste sentido, a estratégia/Programa Saúde da Família busca a reorientação dos serviços de saúde, através do fortalecimento da relação de compromisso e responsabilidade entre profissionais e usuários. Prevê ainda, a elaboração e execução de projetos e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, seguindo os princípios de vigilância à saúde (CHIESA; FRACOLLI; SOUZA, 2002).

Assim, o PSF passa a ser a porta de entrada ao serviço de saúde, e tem a missão de mudar o modelo assistencial tradicional, garantindo os princípios e diretrizes do SUS.

Segundo o Guia Prático do Programa Saúde da Família (2001, p. 73), as atribuições fundamentais dos profissionais da Unidade Saúde da Família são as seguintes: “planejamento de ações, saúde, promoção e vigilância, trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral da família”.

Neste contexto, sabe-se que o profissional enfermeiro cumpre um papel fundamental, que se traduz nas funções a ele atribuídas, tanto de caráter técnico assistencial com também gerencial.

A função de gerenciar no SUS está relacionada à prestação e controle dos serviços e ações de saúde aos seus usuários, sendo de extrema importância para o exercício desta atividade o compromisso, a ética, a competência e o respeito (BRASIL, 2000).

As funções gerenciais desempenhadas pelo enfermeiro são voltadas para a resolução dos problemas de saúde do indivíduo, da família e do meio ambiente. O

gerente, neste ambiente, deve atuar como um pólo gerador de conhecimento, desenvolvendo as competências, incorporando as inovações tecnológicas, definindo suas responsabilidades, visando à eficácia da saúde (LAZAROTTO, 2001).

A mesma autora coloca que a gerência, quando fundamentada em competências, resulta em um conjunto de mudanças, promovendo a autodireção já que proporciona a participação mais ampla de seus empregados com maior responsabilidade e desempenho no seu trabalho, integrando conhecimentos, habilidades e atitudes de forma dinâmica.

Neste sentido, acredito que é fundamental que se conheça as competências necessárias para o exercício da enfermagem no PSF e que devem ser claras na sua especificidade, sobretudo quando se fala de funções/atribuições gerenciais do enfermeiro. Sabe-se, no entanto, que são poucas as pesquisas nesta área.

Harb e Shimanko, (2004) em uma pesquisa realizada junto aos profissionais enfermeiros sobre quais as funções gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro no PSF identificaram que 52% destas são de cunho gerencial, relatando ainda que, nos 48% restantes, eles desenvolvem atividades assistenciais e não específicas no PSF.

Baseada nesta percepção, o presente estudo tem por objetivo identificar as competências gerenciais requeridas do profissional enfermeiro na ótica dos próprios enfermeiros. Há, portanto, necessidade de identificar estas competências nas suas três dimensões: dos conhecimentos, das habilidades e das atitudes necessárias à atuação do enfermeiro no PSF.

Acredita-se que conhecendo e analisando as competências gerenciais requeridas do enfermeiro no PSF possa se dar suporte para o êxito deste programa, uma vez que os resultados do estudo poderão servir de base para a reestruturação e/ou reformulação específica das competências do enfermeiro, obtendo, com isso, melhores resultados na atuação destes profissionais, que se refletirá na atenção à saúde da população e na resolutividade de problemas/necessidades de saúde do município em estudo.

1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.2.1 Objetivo geral

Identificar as competências gerenciais requeridas do enfermeiro do Programa Saúde da Família na percepção dos próprios enfermeiros, em um município da Foz do Rio Itajaí-Açú.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar e caracterizar o perfil dos profissionais da ESF a partir do instrumento de coleta de dados.
- Elaborar um diagnóstico dos conhecimentos, habilidades e atitudes gerenciais necessárias ao enfermeiro da Equipe do Programa Saúde da Família;
- Analisar os conhecimentos, habilidades e atitudes gerenciais do enfermeiro a partir do aprofundamento dos nós críticos identificados no diagnóstico.

1.3 ESTRUTURA DO ESTUDO

Este trabalho esta dividido em seis capítulos:

No capítulo 1: a introdução, que apresenta um contexto geral sobre o SUS e o surgimento das diversas estratégias orientadas ao desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, reforçando a justificativa de se realizar este estudo uma vez que vem ao encontro com a própria definição de interesse do SUS, procurando sua consolidação gradativa, bem como os objetivos, limitações e estrutura do trabalho.

No capítulo 2: a revisão de literatura, que apresenta um resgate histórico do SUS e do PSF e dos serviços de saúde em Itajaí. Contextualiza a enfermagem no PSF e descreve as atribuições do enfermeiro neste programa e quais suas competências gerenciais.

No capítulo 3: o marco teórico, que apresenta a definição do termo “Competência” e a classifica em quatro categorias, tornando-se necessária, também,

a definição de conhecimentos, habilidades e atitudes, conceitos estes representados graficamente.

No capítulo 4: apresentamos o percurso metodológico deste estudo descrevendo o tipo de pesquisa, sua natureza, o instrumento utilizado, a população e amostra, os procedimentos para coleta de dados, e finalmente, os procedimentos para análise dos dados.

No capítulo 5: descrevemos a análise dos dados, procurando, inicialmente, descrever um perfil do grupo pesquisado, através das variáveis de identificação, bem como dos dados relacionados ao trabalho, e em um segundo momento, a apresentação e análise das competências, compreendendo as discussões de: conhecimentos, habilidades e atitudes gerencias do enfermeiro do PSF.

No capítulo 6: encerramos esta pesquisa, apresentando as considerações e contribuições da mesma.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 é o marco histórico da reforma sanitária brasileira. Contou com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas entre técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e representantes da sociedade civil (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SC, 2000).

O relatório desta conferência reconhecia a saúde como um direito do cidadão e como dever do Estado, entendendo o conceito de saúde de forma ampliada na qual “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde” (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SC, 2002, pg 28).

Com os preceitos definidos nesta conferência, em 1988 a nova Constituição brasileira finalmente criou o Sistema Único de Saúde (SUS), devendo-se ressaltar que houve resistência em aceitar tal fato, uma vez que o modelo médico assistencial privatista privilegiava determinados grupos sociais.

Para a implantação deste sistema era necessária a regulamentação do Art. 196 da Constituição Brasileira. Isto se deu através da formulação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8080 e 8142 que trazem nas suas disposições os seguintes princípios (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SC, 2002, pg 32):

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos, exigido para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Participação da comunidade;
- Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

Já a lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transparências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Esta lei cria as Conferências de Saúde como instância colegiada consultiva e os Conselhos de Saúde em caráter permanente e deliberativo, devendo estes ser constituídos de forma paritária.

Diante de todas estas reformulações na política de saúde nacional, o Ministério da Saúde, visando à reversão deste modelo de atenção centrado nas ações curativas, formula uma proposta inovadora chamada Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de mudar o foco de atenção, reorganizando a prática assistencial e elegendo como ponto central o estabelecimento de vinculo entre equipe de saúde e comunidade.

Como referência no processo de implantação do SUS, procurando sistematizar o processo de descentralização da gestão, foi redigida a primeira Norma Operacional Básica (NOB/SUS – 93) que definiu as formas de gestão e de repasse de recursos para os municípios. Três anos após a edição da primeira NOB/SUS surge, em 1996, a publicação da NOB/SUS-96 que teve como principal finalidade “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS e buscando a plena responsabilidade do poder público municipal” (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SC, 2002, p. 61).

Não podemos deixar de citar, também, na Emenda Constitucional nº 29/2000, que pela primeira vez assegura recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, importante avanço visto que de 2001 a 2004 houve um investimento progressivo de municípios, estados e federal na área da saúde, devendo em 2004 atingir 15%, 12% e 15% respectivamente, do produto da arrecadação de impostos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SC, 2000).

Em 2001, é publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS – SUS), um conjunto de estratégias para ampliar a responsabilidade dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, à regionalização e à organização funcional do sistema, elementos centrais para avançar no processo de descentralização, norma esta republicada em 2002 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SC, 2002).

Observa-se que a história do Brasil é muito rica, cheia de avanços e retrocessos como o movimento das marés, com avanços fruto de anos de luta que iniciaram muito antes da Reforma Sanitária Brasileira.

2.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O PSF iniciou-se no Brasil como estratégia no ano de 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF, conforme está descrito no editorial da Revista Saúde da Família (2002).

A estratégia mostra que oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades resulta em melhorias importantes nas condições de saúde da população. A estratégia da saúde da família surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital. Privilegiava a parte curativa em detrimento da preventiva.

O PSF veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação da comunidade.

O objetivo da estratégia foi implementar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de integralidade, universalidade, eqüidade e participação social.

Estruturado como uma estratégia para dar conta do processo de reorganização da rede de atenção básica ou primária, o PSF, por essa potencialidade seria, também, uma estratégia de reorganização de todo o sistema.

Dos aspectos relevantes da estratégia compreendem a territorialização, com a adscrição de clientela /criação de vínculo equipe-usuário e o aumento da oferta de serviços de saúde e de suas áreas de abrangência.

A estratégia Saúde da Família, iniciada com a incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é uma forma de atendimento que elege a família como a base para conseguir as melhorias de saúde e qualidade de vida de seus membros e da comunidade.

Neste sentido, cabe lembrar que as atribuições do PSF, segundo os Cadernos de Atenção Básica - Programa Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2000) são:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sócio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas;

- Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco as quais a população está exposta;

- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;

- Programar as atividades e reestruturar o processo de trabalho;

- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos de vida. Atuar no controle de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase, as DST´s, de doenças infecto- contagiosas em geral, das doenças crônico-degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente;

- Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar;

- Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando isso não for possível, garantir a continuidade do tratamento, através da adequada referencia do caso;

- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada a demanda, buscando contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária;

- Desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiência, apoio mútuo e melhoria do autocuidado;

- Promover ações intersetorias e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento dos problemas;

- Promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;

- Discutir de forma permanente, junto a equipe e a comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que o legitimam;

- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

A estratégia Saúde da Família está se constituindo numa expectativa de conversão da porta de entrada do sistema de saúde. Porém, o problema mais importante que esta estratégia enfrenta para sua consolidação e ampliação está na área de recursos humanos. É inegável que entre os objetivos dispostos no Programa e a existência de mão-de-obra capaz de atender a essa multiplicidade de atribuições e responsabilidades constitui, talvez, o maior desafio.

Reforçando, o I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família (2000) apresentou uma listagem de dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde, entre elas um grande número se refere à área de recursos humanos, mais especificamente, à necessidade de formação para atuar nesta proposta.

Pensando neste contexto, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde criado pelo MS, assumiu o papel de orientador da formação de pessoal para o setor e da educação continuada do pessoal inserido no SUS, que reconhece a fragilidade na formação das profissões de saúde. Em virtude desta percepção, o MS cria os Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família.

De acordo com a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS), a qualidade da atenção à saúde esta relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologias para a atenção individual a saúde, quanto para a saúde coletiva.

Diante disto, há necessidade que as escolas de graduação em saúde entrem neste processo de mudança como co-responsáveis, levando um trabalho articulado com o sistema de saúde e com a população. A adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a formação geral, crítica e humanística, pretende-se alcançar, como prevêem a NOB-RH/SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais, desenvolver a orientação ao SUS e a perspectiva da multiprofissionalidade e transdisciplinariedade sob o conceito de clínica ampliada de saúde (MINISTERIO DA SAUDE, 2003).

2.3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ITAJAÍ

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Itajaí 1998-1999, o primeiro estabelecimento de saúde no município foi uma Botica, sito na Rua Lauro Müller, fundada em 1871 pelo Sr. Emílio Augusto da Cruz Coutinho. Nascido em Portugal em 1831, falecido em Itajaí em l925, obteve licença do Imperador Dom Pedro II para abrir o referido estabelecimento (Arquivo Histórico de Itajaí).

Em 08 de maio de 1880, o Sr. Emílio Augusto da Cruz Coutinho recebe uma carta enviada pelo palácio da Presidência da Província de Santa Catarina determinando a execução da Lei n.º69 de 23 de fevereiro daquele ano "*que manda construir nessa cidade um Lazareto que sirva ao mesmo tempo para recepção e tratamento médico dos enfermeiros não epidêmicos".*

Em 03 de janeiro de 1887 é inaugurado o Hospital Santa Beatriz, construído com o imposto de 100 réis por dúzia de madeira exportada. Era o primeiro hospital regional (ANNUÁRIO DE ITAJAHY, 1924, P.38). O Anuário de Itajahy para 1924, não precisando a data de inauguração, relata que naquele ano já funcionava no Município o Posto de Profilaxia Rural, entidade responsável pela prevenção de profilaxia das doenças endêmicas, principalmente a ancilostomose, a febre tifóide, malária o impaludismo. Estendia sua ação a um número significativo de Município da faixa litorânea do Estado (ANNUÁRIO DE ITAJAHY PARA 1924, P. 142-47)

O seguinte estabelecimento a instalar-se foi o Centro de Saúde de Itajaí, em 1938, sede do segundo Distrito Sanitário do Estado, que operou até 1945, compreendendo todos os municípios do Vale do Itajaí. Dessa unidade, saiam os socorros médicos e as medidas profiláticas do litoral até as encostas da região serrana (Anuário de Itajaí, 1949, p.184-85)

Em 1945, novos distritos sanitários foram criados com nova divisão geográfica, entretanto não se conseguiram maiores informações. O Departamento Autônomo de Saúde Pública foi criado em 1970 pelo Governo Estadual e somente em 1973 foram criadas as sete regionais de Saúde. Itajaí pertenceu à Segunda regional, com sede em Joinville até 1983, quando foi instituído o VII Centro Administrativo Regional de Saúde (CARS), ao qual está vinculado até os dias de hoje.

Em 1946, foi inaugurado o Posto de Puericultura de Itajaí, mantido pela Legião Brasileira de Assistência – LBA, responsável pelo programa de Assistência à Maternidade e à Infância (Anuário de Itajaí, l949, p. 195–97). Atualmente, conforme entrevista com a gerente da referida instituição, Sra. Ama Bonassa, atende aos convênios com creches, asilos e APAES da micro-região.

O Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen foi inaugurado em 04/02/1956 pelo governo do Estado de Santa Catarina (Jornal Itajaí, 1956), Contudo só iniciou suas atividades em 24/02/1957 (Jornal do Povo, 1957)

Nessa época, o Hospital Santa Beatriz perde a característica de Hospital geral regional e é transformado num Hospital para tuberculosos, o Sanatório Santa Beatriz.

Por iniciativa de um grupo privado, especializado em pediatria, pertencente ao quadro clínico do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, o Hospital Menino Jesus foi inaugurado em 01/03/1969, caracterizando-se como pediátrico, sendo atualmente, no Município, o único a oferecer tal serviço (Jornal do Povo, 1969).

Não encontramos registros das datas de instalações das caixas de Aposentadorias e Pensões-CAPS, criado pelo decreto Legislativo n.º 4.682 de 24 de janeiro de 1923 – Lei Elói Chaves.

No período de 1945 a 1966, foram implantados os institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPS, criados no bojo da Legislação Trabalhista do Governo Federal da Revolução de 1930, que objetivava a substituição das CAPS, ampliando seus benefícios: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos, dos Comerciários - IAPC, dos Trabalhadores em Transporte de Carga - IAPTEC, dos Industriários - IAPI, e dos Bancários - IAPB.

Existia, ainda, o Serviço de Assistência Médica, domiciliar e de urgência – SAMDU, mantida pelo Governo Federal.

Em 1966, foi criado, em nível federal, o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, unificado os IAPS. Em 02 de fevereiro de 1967, em Itajaí, no prédio do IAPTEC, foi instalado o Posto de Assistência Médica e de Benefícios do INPS, mudando-se para um prédio novo, onde também se deu a instalação do Posto de Assistência Médica do INAMPS-PAM em 12 de novembro de 1976, dois anos após a criação do Ministério da Providência e Assistência Social.

Até essa época percebe-se uma nítida concentração dos serviços de saúde no centro da cidade, obrigando a população dos bairros e região rural, a se deslocarem ao centro para receber alguma atenção em saúde, executando o trabalho do SANDU que disponha de apenas uma ambulância.

Somente em 09 de setembro de 1978 foi inaugurado, pelo governo estadual a Unidade Sanitária do Costa Cavalcante, sendo a primeira unidade instalada num bairro, segundo fontes da Secretaria Estadual de Saúde.

No final da década de 1970, o governo municipal instalou um posto de Saúde na própria sede da Prefeitura, que contava com um médico clínico e um atendente de enfermagem e adquiriu dois *traillers:* um para atendimento médico, e outro para atendimento odontológico.

Nessa mesma época, foi desativado o Sanatório Santa Beatriz e nas mesmas instalações foi criado o Centro de Valorização Familiar, unidade que objetivava a recuperação de drogados sob a administração da Congregação das Irmãzinhas da Imaculada Conceição, que foi desativado em 1983.

Em 1984, o Governo do Estado, através da Secretaria de Estado da Saúde, firmou convênio com quatro instituições e criou mais quatro Unidades Sanitárias: Círculo Operário de Itajaí, Conselho Comunitário da Fazenda, Conselho Comunitário de São Vicente e Parque Dom Bosco, segundo dados destas instituições.

Conforme registros da Secretaria Municipal de Saúde, em 1983 o Governo Municipal desativou os *traillers* e ampliou o Posto de Saúde Central. Foram implantados, paulatinamente, outros Postos de Saúde, nos bairros e/ou localidades de mesmo nome, na seguinte ordem: Posto de Saúde Imaruí - 1983, Posto de Saúde Itaipava – 1984, Posto de Saúde São Vicente - 1985, Posto de Saúde Praia Brava - Posto de Saúde Promorar – 1987, Posto de Saúde Votorantim - 1987, Posto de Saúde Fazenda - 1987, Posto de Saúde Rio Bonito - 1988.

Em 1983, em nível federal, implantaram-se as Ações Integradas de Saúde - AIS. Estratégia básica de implementação do Plano CONASP, trazia no seu bojo uma série de diretrizes entre as quais a ampliação da cobertura assistencial. Somente em 1986 deu-se a assinatura do termo de Adesão do Município ao convênio DST/AIDS, oportunizando o crescimento da rede ambulatorial e impulsionando o processo de participação de lideranças comunitárias e representantes institucionais nas discussões e condução das políticas de saúde, através da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde CIMS/Itajaí.

Deu-se início, também, a um trabalho de integração com as demais unidades e serviços de nível estadual e federal sediados no município.

Em 1987, no âmbito das discussões sobre o texto constitucional, foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, sendo assinado, em nível municipal, o Termo de Adesão ao referido Sistema em 1988, impulsionando a ampliação da Integração Interinstitucional e a concretização, naquele mesmo ano, da transferência gerencial das unidades ambulatoriais estaduais para o município: Unidade Sanitária de Itajaí (ampliada e transformada em policlínica), Unidade Sanitária Dom Bosco, Unidade Sanitária de Costa Cavalcante (ampliada e transformada em Policlínica), Unidade Sanitária Círculo Operário (remodelada e transformada na Policlínica São João). Essas unidades apresentavam sérios problemas em suas instalações e a carência de recursos humanos era flagrante.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde a partir de 1989 novas unidades foram inauguradas e remodeladas: Posto de Saúde de Espinheiros - 1989, Posto de Saúde Jardim Esperança - 1989, Posto de Saúde São Judas Tadeu - 1989, Posto de Saúde Bambuzal - 1990, Posto de Saúde Imaruí - 1991 (em substituição ao antigo posto), Policlínica São Vicente - 1991 (em substituição ao Posto de Saúde São Vicente que não possuía capacidade para atender a sua localidade).

Em 1991, sob a égide de Sistema Único de Saúde, o Município passou a gerenciar o Posto de Assistência Médica do INAMPS/Itajaí, assumindo, desta forma, toda a rede ambulatorial pública.

Em 1996, o município passou para a modalidade de gestão semiplena, nos moldes da Norma Operacional Básica nº 01/93.

2.4 A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O enfermeiro no seu cotidiano desenvolve diversas funções, que estão regulamentadas pela Lei n°7.498 e pelo Decreto n°94.406, cabendo-lhe a realização de atividades assistenciais e também gerenciais.

No PSF, a enfermagem é uma parcela do trabalho em saúde, cabendo ao enfermeiro as atividades de supervisão, treinamento, controle e coordenação do

pessoal de enfermagem, o que caracteriza um trabalho predominantemente de cunho gerencial (CHIESA, FRACOLLI E SOUZA, 2002).

No entanto, a mesma autora coloca que o PSF propõe para a enfermeira um trabalho que contemple a dupla dimensão individual/coletiva do processo saúde-doença, resgatando uma atuação ampliada e também específica, no sentido da execução de ações voltadas às necessidades de saúde dos usuários e não na racionalidade do trabalho médico.

Reforçando, Lazzarotto (2001), afirma que o enfermeiro deve ser gerador de conhecimento, através do desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe, definindo responsabilidades em direção à saúde individual e coletiva da população.

A enfermagem brasileira há muito vem buscando contribuir com o processo de mudança do modelo assistencial em saúde. O PSF, assim como para o SUS, é a estratégia para mudança, torna-se também para a enfermagem uma oportunidade de uma nova lógica de trabalho baseada na definição de competências e de co-responsabilidade, onde o individuo/família são os pilares da assistência.

2.5 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Espera-se dos integrantes da Equipe de Saúde da Família que estejam preparados para serem resolutivos com problemas de saúde, organizados nas atividades de planejamento local quanto à assistência, vigilância e promoção à saúde e que trabalhem com espírito de equipe (BRASIL, 2001).

Segundo o Guia prático do Programa Saúde da Família – Ministério da Saúde (2001), as atribuições específicas do enfermeiro da Equipe de Saúde da Família são as seguintes:

- realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;

- realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão;

- planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade Saúde da família (USF);

- executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;

- no nível de suas competências, executarem assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;

- realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;

- realizar atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção da Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da assistência a Saúde – NOAS 2001;

- aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;

- organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc;

- supervisionar e coordenar ações para capacitação dos agentes comunitários de saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

2.6 COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Conforme descrito anteriormente, cabe especificamente ao enfermeiro do PSF a função de planejar, gerenciar coordenar, executar e avaliar a USF.

Entretanto, a construção deste novo modelo de assistência baseado em desenvolver ações que elevem a qualidade de vida e de saúde da população necessariamente torna a gerencia um importante instrumento de efetivação desta política, onde o gerente vem assumindo novas responsabilidades, seja com a clientela, seja com a administração central e com a equipe de trabalho.

Portanto, o enfermeiro necessita abandonar as ultrapassadas teorias da administração, visto que os gerentes ainda atuam com autoridade, centralizando e acumulando poder, comportamentos típicos e característicos dos estudos na graduação e das teorias científicas, clássica e burocrática (LAZZAROTTO, 2001).

Por isto, torna-se imprescindível o planejamento, a execução e avaliação das metas estabelecidas, atribuições estas também classificadas como especificas do enfermeiro pelo Guia Prático do PSF.

As Competências Gerenciais que deverão ser exercidas pelo enfermeiro, foram discutidas na reunião de docentes da disciplina de gerenciamento em enfermagem no 56° Congresso Brasileiro de Enfermagem na cidade de Gramado/RS, de 24 a 29 de outubro de 2004, sendo definidas conforme descritas a seguir:

- analisar as políticas sociais e de saúde (nacional, estadual e local) e sua influência na organização da atenção a saúde;

- distinguir as características dos modelos de atenção à saúde no Brasil e suas implicações políticas nas diversas áreas de assistência;

- identificar e analisar criticamente os programas oficiais voltados para o controle de doenças e a participação da enfermagem;

- discutir e analisar os princípios éticos e legais na tomada de decisão e nas relações interpessoais nos serviços de saúde;

- analisar e mobilizar mecanismos existentes para o controle social em saúde;

- compreender e aplicar o processo do dimensionamento de pessoal de enfermagem;

- conhecer, analisar e aplicar os instrumentos de avaliação de desempenho do pessoal de enfermagem;

- planejar, realizar e avaliar ações de educação permanente dos trabalhadores de enfermagem com vistas a sua qualificação;

- trabalhar em equipe, conduzir trabalho de grupo entendendo toda a equipe de enfermagem;

- co-participe do processo de trabalho gerencial;

- promover a integração e a mediação entre os gestores e equipe de enfermagem sob sua administração;

- estabelecer relações de trabalho de caráter multidisciplinar e multiprofissional como estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde;

- incentivar e utilizar liderança na condução do processo de trabalho da equipe de enfermagem;

- utilizar os princípios do sistema de informação e informatização na organização dos serviços de saúde de enfermagem;

- aplicar as funções administrativas no gerenciamento de recursos materiais nos serviços de saúde;

- conhecer os sistemas de avaliação, identificando os princípios e indicadores da administração de qualidade na produção dos serviços e ações de enfermagem;

- conhecer o processo de auditoria e consultoria em enfermagem;

- conhecer os elementos que compõem os custos da assistência de enfermagem;

- conhecer o processo de creditaçao hospitalar no Brasil;

- gerenciar o cuidado de enfermagem em todos os processos de trabalho em saúde;

- analisar os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde e enfermagem no âmbito da prevenção de doenças, recuperação e promoção de saúde;

- correlacionar as influências da evolução do pensamento administrativo na prática gerencial dos serviços de saúde e de enfermagem;

- identificar os elementos políticos e tecnológicos compreendidos no processo administrativo;

- reconhecer as políticas de recursos humanos, e seus determinantes, definidos a partir da reforma sanitária, como setor estratégico para a mudança do modelo de atenção à saúde;

- implementar e intervir na política de RH estabelecida para qualificar e garantir infra-estrutura para o profissional de saúde no que se refere à promoção da saúde, prevenção de acidentes, doenças ocupacionais e qualidade de vida no trabalho;

- entender a lógica de remuneração do trabalho dos profissionais de saúde e do processo de desregulamentação do trabalho e seu reflexo na produção de serviços de enfermagem;

- avaliar o processo de comunicação dialógica com os envolvidos no processo de ensino aprendizagem;

- planejar, implementar e avaliar estratégias resolutivas dos problemas de saúde visando às medidas de prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos, família e comunidade;

- planejar implementar e avaliar ações e estratégicas resolutivas dos problemas nos serviços de saúde e de enfermagem;

- analisar a estrutura física e organizacional dos serviços de saúde e de enfermagem, verificando suas condições e relações de trabalho, visando intervenções para melhorias no processo de trabalho;

- conhecer, compreender e participar das negociações existentes nos serviços de saúde para garantir o suprimento de recursos viabilizadores da assistência de enfermagem;

- elaborar e executar o plano de supervisão da equipe de enfermagem.

CAPÍTULO III

REFERENCIAL TEÓRICO

Inicialmente, cabe ressaltar que o marco teórico, segundo Newman (1979) é uma matriz de conceitos que, juntos, descrevem o foco da investigação. Proporciona maneiras para olhar as coisas e, embora não seja uma teoria no senso estrito do termo, constitui uma referência para a focalização do pensamento de uma maneira particular.

Nesta pesquisa, trabalharemos com as **competências gerenciais** que partem das **competências gerais** desenvolvidas pelo enfermeiro no seu **processo de trabalho,** segundo os princípios do SUS.

Segundo Philippe Zarafian (2003), o desafio do modelo da competência é a "reapropriação do trabalho", o que significa, em última instância, a "volta do trabalho para o trabalhador".

Zarafian caracteriza ainda competência, como aquela capacidade individual do cidadão trabalhador para articular, mobilizar e colocar em ação valores, habilidades, atitudes e conhecimentos necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho.

Esta afirmação vem ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação, definidas pelo Conselho Nacional de Educação no Parecer CNE/CEB n° 16/99, que define competência quando constitui, articula e mobiliza valores, conhecimentos, habilidades e atitudes para a resolução de problemas não só rotineiros, mas também inusitados em seu campo de atuação profissional. Competência é a capacidade de articular saberes (saber, saber fazer, saber ser e saber conviver).

Zarifian (2003) diz que chamamos de "qualificação" o que sobressai dos recursos (em conhecimento, habilidade, comportamento...) adquiridos por um individuo, seja por formação ou por exercício de diversas atividades profissionais. E de "competência", a utilização destes recursos na prática.

O mesmo autor ainda sugere uma definição que integre várias dimensões e, logo, reúna várias formulações:

1. A competência é "o tomar iniciativa" e "assumir responsabilidade" do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara.
2. A competência é um entendimento prático de situações que se apóia em conhecimentos adquiridos e os transforma na medida em que aumenta a diversidade das situações.

3. A competência é a faculdade de mobilizar redes de atores em torno das mesmas situações; é a faculdade de fazer com que esses atores compartilhem as implicações de suas ações; é fazê-los assumir áreas de co-responsabilidade.

Vindo ao encontro do proposto por Zarifian, Rezende (2003) define competência como sendo a transformação de conhecimentos, aptidões, habilidades, interesse, vontade em resultados práticos.

Portanto, competência é o resultante da combinação de conhecimentos com comportamento. Conhecimentos que incluem formação, treinamento, experiência, autodesenvolvimento. Comportamento que engloba habilidades, interesse, vontade (RESENDE, 2003).

A competência valoriza a orientação para melhorar resultados, diminuir as reclamações e aumenta a satisfação dos clientes. Só se é competente com obtenção de resultados finais concretos e positivos (REZENDE, 2004).

O mesmo autor classifica as competências em quatro categorias:

1. Competências Pessoais: que reúnem as aptidões, as habilidades, os comportamentos manifestos e o domínio e aplicação de conhecimentos.
2. Competências Essenciais e Estratégicas: um misto de pessoais, organizacionais, gerenciais e relacionais. São as competências relacionadas com a essência das atividades-fim; e as estratégicas são de atuação, de implementação, onde fica mais evidenciada a atuação da gerência. Na prática, elas são aplicadas conjuntamente.
3. Competências de Gestão: antes tratadas como funções administrativas ou gerenciais, porém devem ser a soma de competências pessoais do líder, competências dos papéis que precisa exercer e competências organizacionais que precisam ser criadas para favorecer a atuação dos gerentes.
4. Competências Organizacionais: possuem características próprias. Estão nesta categoria as competências de gestão do conhecimento.

Trataremos de aprofundar o conceito de competência gerencial, pois este estudo é baseado na identificação das competências gerenciais dos profissionais enfermeiros e, para tanto, Rezende (2003) afirma que esta é, sem duvida, uma das

mais requeridas e mais importantes, pois todos governantes, dirigentes, superintendentes e líder precisam ter.

Num cenário dinâmico como tem demonstrado ser o PSF, cabe ao enfermeiro a gerência da equipe do PSP. Para tanto, Boog (2001) acredita que as competências gerenciais são imprescindíveis, pois direcionam ao alcance de resultados, já que possibilitam a estimulação de pessoas para a inovação, encorajando-as ao experimento de idéias novas, proporcionando-lhe um ambiente que permita a prática da criatividade.

Sendo assim, Neri (1999) coloca a importância de que aconteça o treinamento das competências para que os profissionais participem ativamente do planejamento de suas tarefas. Desta forma, as metas a serem atingidas são definidas pela organização e os funcionários têm a possibilidade de participar do planejamento de ações para atingirem tal objetivo. Os diversos usos feitos do termo competência dificultam que haja uma definição estática e conclusiva do mesmo. Entretanto, Ropé e Tanguy (1994) definem-no como um conjunto de conhecimentos, qualidades, capacidades e aptidões que fornecem condições a uma pessoa para a discussão e tomada de decisões frente a situações que as exijam. Além disso, os autores observam que o termo competência esta sempre associado a um verbo de ação, ou seja, à prática de uma ação fundamentada em conhecimento.

Do mesmo modo, Neri (1999), relaciona competências ao desenvolvimento de conhecimento, habilidades e atitudes, sendo definido como um conjunto de características moldáveis, podendo ser desenvolvidas conforme a necessidade do profissional para melhor desempenho de suas tarefas. Sendo assim, empresas públicas ou privadas que objetivam produção de serviços ou produtos que fundamentam todas as atividades em competências, terão como resultados, alterações positivas ao seu desenvolvimento, tais como: o auto- desenvolvimento de funcionários, aprendizagem através da prática no dia a dia e conseguirão o comprometimento de todos para o desenvolvimento.

Além das competências já citadas anteriormente, Quinn (2003), descreve outros papéis de liderança gerencial que vêm a somar com estas outras competências.

Uma das crenças centrais desse modelo é que o envolvimento e a participação no processo decisório têm como conseqüência um elevado grau de comprometimento. O clima aqui enfatizado, segundo Quinn (2003) caracteriza-se

pelo trabalho em equipe, receptividade e comunicação intensa, onde os principais papéis gerenciais, entre outros, são de mentor e facilitador.

O papel de Mentor: neste papel espera-se que o gerente seja prestativo, atencioso, sensível, acessível, receptível e justo; ao desempenhá-lo, o líder deve escutar, apoiar as solicitações legítimas e expressar apreciação e reconhecimento. O gerente ajuda seus empregados em seus planos de desenvolvimento individual, além de proporcionar-lhes oportunidades de treinamento e cultivo de competências. No papel de mentor, o administrador deve, também, demonstrar em alto grau de autoconsciência e levar em consideração a influência exercida por seus atos, como gerente, sobre os de seus subordinados. Dentro, ainda, desta função, é importante destacarmos três outras competências: Compreensão de si mesmo e dos outros; Comunicação eficaz e Desenvolvimento dos empregados.

O papel de Facilitador: nesta função, o gerente fomenta o esforço coletivo, cria coesão e moral e administra os atritos interpessoais. O facilitador usa algumas das mesmas competências do mentor, tais como a escuta e a empatia e a sensibilidade às necessidades alheias. As três competências do facilitador são: Construção de equipes, Uso da tomada participativa de decisões e Administração de conflitos.

Todas essas habilidades exigem que os gerentes equilibrem as necessidades individuais com as da coletividade, de modo a criar e manter um clima positivo para o grupo de trabalho.

O papel de Monitor: a palavra "monitoramento" remete um olhar atento e intrusivo do burocrata ou do supervisor bisbilhoteiro; alguém pago para flagrar quem se diverte com seu trabalho e vedar-lhe ao seu prazer. Na realidade, constitui uma atividade de controle e intromissão, porém, o monitoramento, da forma como descrevemos, é imprescindível para a manutenção do alto desempenho individual e coletivo. A função do monitor refere-se à atenção do gerente a questões de controle interno como, a gestão de processos essenciais e criação de continuidade. Para um bom monitor, cabe-lhe as competências de: Administração de

informações por meio do pensamento crítico; Administração da sobrecarga de informações; e Administração dos processos essencias.

O papel do Coordenador: compreende a coordenação do trabalho de dois ou mais empregados, grupos ou unidades de trabalho que funcionam de maneira independente. Como coordenador, a atribuição do gerente é cuidar de que o trabalho transcorra com tranqüilidade e as atividades sejam realizadas conforme sua importância relativa, com um mínimo de atrito entre os indivíduos, grupos e unidades de trabalho. O trabalho do gerente não implica em tomar todas as decisões referentes ao planejamento e fluxo de trabalho, mas sim é sua responsabilidade cuidar de que as pessoas certas estejam no lugar certo na hora certa, a fim de cumprir a função correta. Ao desempenhar esse papel, os gerentes devem atentar para os recursos necessários para a execução do trabalho. Mais uma vez, no mundo de hoje, o coordenador, provavelmente, envolverá os dois grupos de trabalho nessa integração. São atribuições desse papel: Gerenciamento de projetos; planejamento do trabalho e Gerenciamento multifuncional.

O papel de Diretor: este papel reflete, sob muitos aspectos, a essência da definição que muitos experts dão para a liderança. As competências do diretor são: Desenvolvimento e comunicação de uma visão; Estabelecimento de metas e objetivos; e Planejamento e organização.

O papel de Negociador: a liderança em qualquer âmbito, é uma atividade social tanto quanto técnica; exige tanto as competências de relações humanas do treinador mentor quanto a capacidade analítica e de controle do monitor e do diretor. As idéias só dão certo se as pessoas enxergarem benefícios em aplicá-las. As competências do negociador são: Construção e manutenção de uma base de poder; Negociação de acordos e compromissos e Apresentação de idéias.

Não obstante, nenhuma equipe funcionará se cada indivíduo se concentrar tão somente em seus objetivos e aspirações pessoais. Assim sendo, é função do gerente ajudar cada um a desenvolver suas próprias habilidades, ao mesmo tempo congregando essas individualidades únicas na construção de uma equipe (QUINN et al, 2003).

O enfermeiro, no seu processo de trabalho, enfrenta uma grande multiplicidade de situações que ligadas/relacionadas/contextualizadas na sua “realidade” de trabalho se tornam indefinidas, fazendo invariavelmente, com que a forma, bem como o processo de desenvolvimento seja, a cada dia, um desafio a ser enfrentado por este profissional. À competência gerencial deste profissional, soma-se à particularidade inerente de cada profissional, que no seu cotidiano estará adotando/criando/recriando formas de como executar ou desenvolver sua prática.

É baseado nesta reflexão que os conceitos que permearão o desenvolvimento deste estudo perpassam fundamentalmente pelas **competências gerenciais** desenvolvidas pelo enfermeiro, que nascem das **competências gerais** que ele vem desenvolvendo no seu **processo de trabalho** de acordo com as situações apresentadas para ele no seu cotidiano.

Apropriando-se dos conceitos estabelecidos por Rezende (2004), consideramos neste estudo que:

Conhecimento é a categoria mais ampla de competências. Descreve como sendo o produto de experiências, de aprendizagem, de busca de informações e de elaborações mentais aplicados objetiva e eficazmente.

Habilidades são aptidões desenvolvidas e que tornam as pessoas diferenciadas em alguns aspectos. Chiavenato (2003) acrescenta, conceituando como sendo a capacidade de colocar o conhecimento em ação.

Atitudes referem-se a comportamentos relacionados com aplicação de princípios e valores; são resultados de ações conscientes.

No gráfico a seguir, mostraremos a representação de como esses conceitos estarão permeando e se articulando no processo de construção e desenvolvimento desta pesquisa. Assim, temos que o SUS/PSF se apresentam como um macro-sistema que envolve o gerenciamento destes através de suas políticas norteadoras. Estes, por sua vez, envolvem a gestão do trabalho no qual o enfermeiro instrumentaliza sua prática que se apresenta através do desenvolvimento de competências, concretizando-se com a consolidação das competências gerenciais que este profissional desenvolve em seu dia a dia.

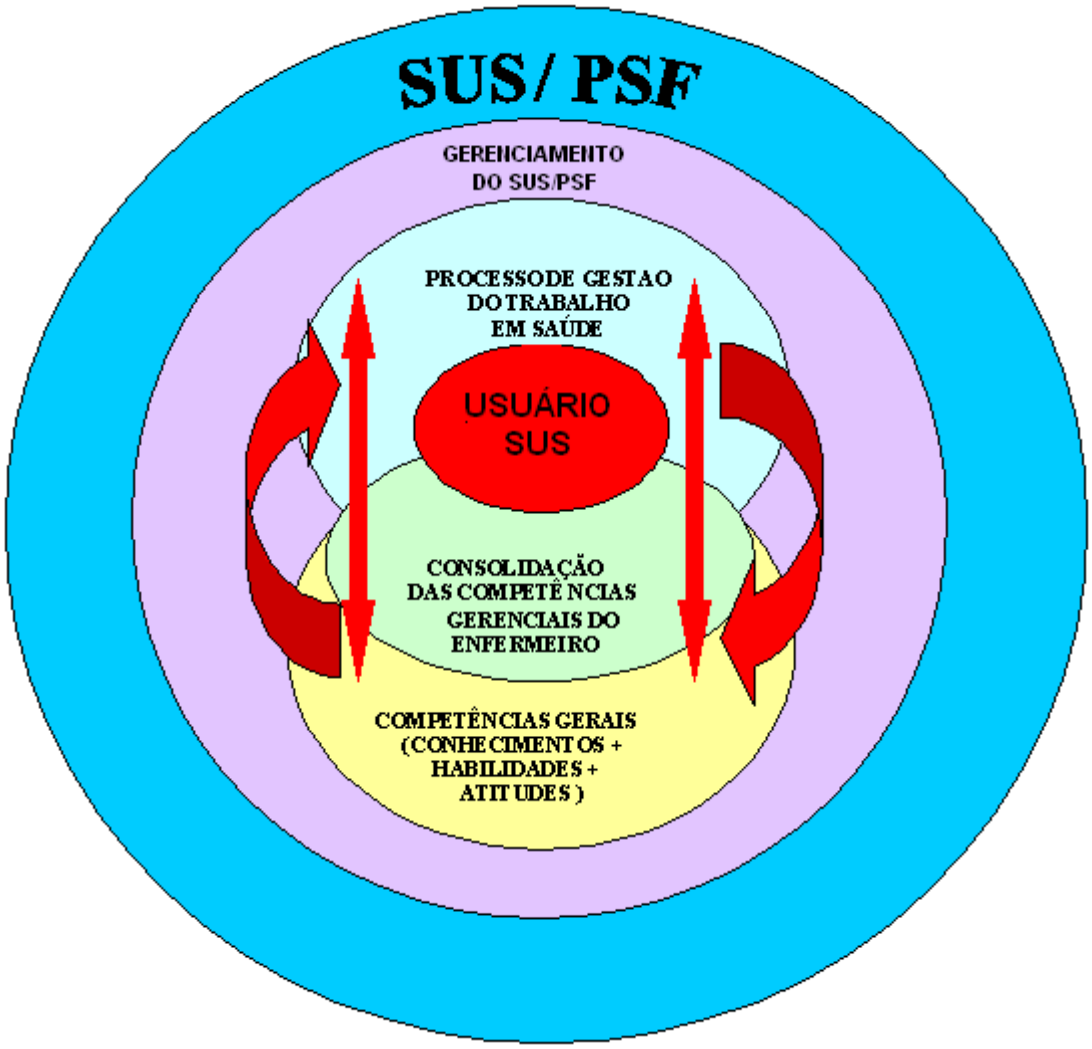


Figura 1 – Representação gráfica do Marco teórico

CAPÍTULO IV

PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo descreve os procedimentos metodológicos aplicados para o desenvolvimento do presente estudo, de forma a investigar a percepção dos enfermeiros das equipes do PSF sobre o desenvolvimento das competências gerenciais necessárias a sua prática profissional como elemento desta equipe.

Por extensão, há uma relação direta entre o desenvolvimento destas competências no âmbito individual refletindo na equipe e na própria consolidação das políticas do SUS no município.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória. Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema. Neste sentido, esta investigação tem por objetivo obter uma nova percepção e descobrir novas idéias sobre as competências gerenciais do enfermeiro nas equipes de saúde da família do município de Itajaí/SC.

4.2 NATUREZA DA PESQUISA

A pesquisa utilizou uma abordagem quantitativa e qualitativa, visando à identificação das competências gerenciais requeridas do profissional enfermeiro das unidades de saúde da família no município de Itajaí/SC, a partir de suas percepções.

A pesquisa realizada neste estudo tem um caráter quantitativo em um primeiro momento, pela coleta de dados junto a todos os enfermeiros das dezessete equipes de saúde da família existentes no município de Itajaí/SC, por meio de um questionário estruturado e com escalas de avaliação (escala de Likert). Os resultados são analisados estatisticamente, utilizando-se a estatística descritiva através da freqüência relativa dos dados numéricos.

Em um segundo momento, este estudo classifica-se como qualitativo, uma vez que os dados obtidos na primeira etapa, depois de discutidos estatisticamente, a

partir das dimensões conhecimento, habilidades e atitudes, complementou-se esta análise com o método de análise de conteúdo que foi realizado das perguntas abertas consideradas no instrumento de pesquisa.

Assim, segundo Trivinos (1987), o método de análise de conteúdo se presta ao estudo das motivações, valores, crenças, percepções, tentando desvendar as representações que podem existir nas mensagens expostas pelas pessoas, que muitas vezes não são percebidas com clareza.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta por dezessete profissionais enfermeiros das equipes de saúde da família do município de Itajaí, ou seja, 100% dos enfermeiros. No entanto, um não respondeu, pois se encontrava em licença para tratamento de saúde no momento da coleta de dados. Isto significa que nossa amostra consta de dezesseis enfermeiros.

Foi respeitado o direito de participar ou não do estudo e empregado o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme preconiza a resolução 1996/96.

4.4 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O desenvolvimento desta pesquisa foi realizada em dois momentos: foi elaborado, no primeiro momento, um questionário com perguntas abertas e fechadas, já validado e utilizado em outra pesquisa de autoria de Becker, L. C.; Leite, D. S.; Duarte, J. (2004), com o título: Competências Gerenciais Requeridas do Enfermeiro no Programa Saúde da Família, que discutiu o mesmo foco da questão que foi abordada neste estudo. Porém, para aplicação neste estudo foi novamente validado por três enfermeiras doutoras docentes do curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

Após validado, o questionário foi reestruturado da seguinte forma: a primeira parte contém os dados de identificação com uma pergunta fechada, duas semi-abertas e quatro abertas; a segunda parte contém 19 perguntas fechadas e 1 aberta referentes aos conhecimentos; e a terceira parte contém 16 perguntas fechadas e 1 aberta referentes às habilidades; a quarta e última parte contém 22 perguntas fechadas e 1 aberta referentes às atitudes.

Cada item recebeu dos participantes um escore de 01 a 05, assim definido conforme a escala de Lickert:

01- sem importância;

02 – pouca importância;

03 – relativa importância;

04 – muita importância;

05 - extrema importância.

A escala de Lickert contém várias afirmações e a partir destas os participantes demonstram o grau de concordância em relação a essas afirmativas (PEREIRA, 1999).

O método Lickert determina mais diretamente a existência de uma ou mais atitudes no grupo de itens considerados, e a escala construída a partir desses itens mede o fator mais geral. O uso de uma escala constituída de cinco pontos proporciona maior informação que uma simples dicotomia “acordo” ou “desacordo” (RICHARDSON, 1999).

Posteriormente a esta reformulação, realizamos um pré-teste com três enfermeiras alunas do curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho/Turma II, da Universidade do Vale do Itajaí, que possuem comprovada experiência na atuação do PSF.

Como não houve nenhuma correção a ser feita, utilizamos este instrumento na aplicação da coleta de dados.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Para a coleta de dados, foi realizada a entrevista com caráter individual, voluntário e com consentimento livre e esclarecido.

As unidades de saúde que foram pesquisadas são públicas, legitimamente constituídas e habilitadas para a realização desta investigação.

Após as reformulações realizadas e a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí, foi solicitado à Coordenadora do PSF do Município de Itajaí permissão para aplicar o instrumento em reunião agendada para as coordenações do PSF. Os enfermeiros participantes da reunião receberam esclarecimentos sobre a pesquisa e orientações para o preenchimento do consentimento livre esclarecido, bem como do instrumento de coleta de dados.

Não havendo a presença de todos os profissionais enfermeiros no dia da reunião, tornou-se necessário visitar os enfermeiros das equipes que não se encontraram presentes em seus locais de trabalho, encerrando, assim, a coleta de dados.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, os dados foram submetidos à análise de distribuição de freqüência relativa e apresentados em quadros. Assim, os quadros constituem representações numéricas de dados quantitativos coletados por meio de instrumento próprio para este fim (CERVO e BERVIAN, 2002). Da mesma forma, percebe-se também a importância do uso de tabelas para a análise de dados pois “as tabelas apresentam informações tratadas estatisticamente; os quadros contêm informações textuais agrupadas em colunas” (NORMAS BRASILEIRAS DE REFERÊNCIAS 6029 citado por CERVO e BERVIAN, 2002).

Esta análise partiu da estruturação de um arquivo em meio magnético (excel) com recuperação de informação, com o objetivo de identificar os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários aos enfermeiros durante o desenvolvimento de seu trabalho, conforme objetivos específicos deste estudo.

Dando continuidade ao desenvolvimento da pesquisa, os dados foram analisados e discutidos a partir da reflexão baseada no pensamento dos autores que abordam os achados desta pesquisa, levando a reflexões críticas sobre o contexto

das competências gerenciais(conhecimentos, habilidades e atitudes) a serem desenvolvidas pelo enfermeiro no Programa Saúdes da Família - PSF.

Complementando a análise desta pesquisa, utilizou-se da anàlise de conteúdo temático para discutir as perguntas abertas constantes no instrumento de pesquisa.

Cabe ressaltar que Trivinos(1987) cita que a análise de conteúdo é um meio para se estudar a comunicação entre os homens, dando-lhe ênfase no conteúdo das mensagens.

Neste sentido, foram cumpridas três etapas básicas da analise de conteúdo das questões já citadas: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial (Trivinos,1987).

- Pré-análise:

Nesta fase escolhemos as informações a serem analisadas de acordo com os objetivos da pesquisa, realizamos a organização destes através da leitura e seleção por semelhança de colocações.

- Descrição analítica:

Neste momento, estudamos mais profundamente o material que foi pré-analisado, classificando-o por semelhança de respostas que tiveram coerência com a pergunta realizada. Passamos para categorizar as respostas encontradas no instrumento, de onde surgiram quadros para as respostas encontradas, que optamos por descrever em categorias e subcategorias (anexo C e D).

- Interpretação referencial:

Neste momento, Trivinos (1987) coloca que devemos aprofundar nossa análise tratando de desvendar o conteúdo latente que as escritas possuem, este abre perspectivas, sem excluir as informações estatísticas, para descobrir ideologias e tendências dos fenômenos sociais.

Neste sentido, é que nos levou inferir que tipo de perguntas que fizemos no instrumento de pesquisa, nos itens de conhecimentos, habilidades e atitudes, que levou os profissionais enfermeiros imediatamente a perceberem a falta do tema intersetorialidade e de teorias de relações humanas, pois nas questões abertas puderam expressar que consideram este assunto importante no gerenciamento do SUS e que deva ser de domínio do enfermeiro do PSF.

Portanto, para se atingir o último objetivo desta pesquisa foram analisadas as respostas das questões abertas, onde os entrevistados foram questionados sobre que conhecimentos, habilidades e atitudes do gerenciamento no PSF eles consideram importante e que não foram selecionados para compor o instrumento.

A forma de abordagem do conteúdo das colocações dos profissionais foi a partir da descrição de suas expressões, parágrafos e frases dos textos redigidos por eles, nos quais procuramos identificar expressões que indicassem nós críticos em cada uma das dimensões do conhecimento.

Assim, a discussão e análise destas categorias foram realizadas a luz dos discursos de autores que investigam e estudam os temas abordados, como também na ótica dos princípios do SUS, em consonância com suas diretrizes ainda em processo de consolidação.

4.7 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ÉTICOS.

Inicialmente, foi solicitada a autorização da Secretaria de Saúde do Município de Itajaí para a realização da pesquisa e entregue e apresentado pela pesquisadora o projeto com o título Percepção do Enfermeiro sobre suas Competências Gerenciais no Programa de Saúde da Família.

Na continuação, o projeto foi encaminhado à Comissão de Ética da UNIVALI, obtendo o parecer n° 248(anexo) que subscreve a aprovação para dar início à investigação.

A coleta dos dados obedece a todos os procedimentos definidos nas Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, bem como todas as normalizações da Comissão de Ética acima citadas. Os profissionais que participaram da validação do questionário foram informados sobre o problema de pesquisa, objetivos, justificativa, metodologia e contribuições do mesmo, deixando claro que as informações são sigilosas e o anonimato fica garantido, ficando resguardado seu direito de desistir a qualquer momento sobre sua contribuição com a validação deste instrumento e que não sofreriam qualquer tipo de prejuízo.

A finalidade do mesmo é acadêmica, de pesquisa e sua contribuição é pautada no desenvolvimento do aprimoramento da pesquisa em gestão do trabalho

em saúde e na divulgação do conhecimento citado a partir dos resultados desta pesquisa, uma vez que a Secretaria de Saúde deste Município apontou seu interesse no desenvolvimento desta investigação.

Foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Município de Itajaí a divulgação do nome do Município através do oficio anexo a este estudo.

CAPÍTULO V

ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente capítulo trata da apresentação e análise dos dados coletados a partir das respostas referidas pelos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família do município de Itajaí/SC, sobre as competências gerenciais do enfermeiro no PSF.

Os resultados dos dados coletados possibilitam a análise estatística e quantitativa, a qual está apresentada em categorias.

Inicialmente, procuramos descrever um perfil do grupo pesquisado, através das variáveis de identificação, bem como dos dados relacionados ao trabalho; em um segundo momento a apresentação e análise das competências, compreendendo as discussões de conhecimentos, habilidades e atitudes gerenciais requeridas ao enfermeiro no PSF; posteriormente, a análise de conteúdo temática das respostas evidenciadas nas questões abertas referentes aos conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes aos enfermeiros do PSF, consideradas importantes e que não foram selecionadas para compor o instrumento de pesquisa.

5.1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS REFERENTES À IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Neste item, procuramos descrever os profissionais pesquisados através dos dados relacionados a: sexo, idade, tempo de formado, tempo de serviço na saúde pública, tempo de atuação no PSF e nível de pós-graduação, segundo registro do questionário.

Como resultados desta primeira parte do questionário obtivemos os seguintes dados:

Quanto ao sexo dos entrevistados, somente 01 (um) dos enfermeiros é do sexo masculino e 15 (quinze) são do sexo feminino, mostrando, com isso, que 93,80% dos enfermeiros do Programa Saúde da Família no Município de Itajaí são mulheres, o que reforça a predominância histórica de profissionais do gênero feminino na área da enfermagem.

Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) quanto à distribuição dos profissionais do PSF, constatou-se que 90,91% dos profissionais de enfermagem são do sexo feminino, fato este concordante com este estudo.

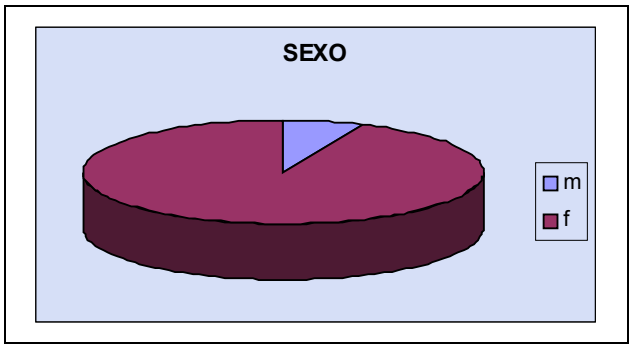
Tabela 1 – Distribuição de freqüência dos profissionais por sexo

SEXO	N	%
Feminino	15	93,75
Masculino	1	6,25
Total	16	100,00

FONTE: Pesquisa de campo

O gráfico abaixo mostra a predominância do sexo feminino entre os enfermeiros entrevistados.

Gráfico 1 – Variável sexo



FONTE: Pesquisa de campo

Na variável idade, verifica-se entre os entrevistados que os enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família na cidade de Itajaí, 20% estão entre 20 e 24 anos, 33% encontram-se entre 25 e 29 anos e 27% entre 30 e 34 anos. Constata-se assim, uma idade média de 30,7 anos, indicando uma população mais jovem, comparativamente ao estudo do Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil, que identificou uma concentração maior de profissionais na faixa etária entre 30 e 49 e somente 26,74% com até 29 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

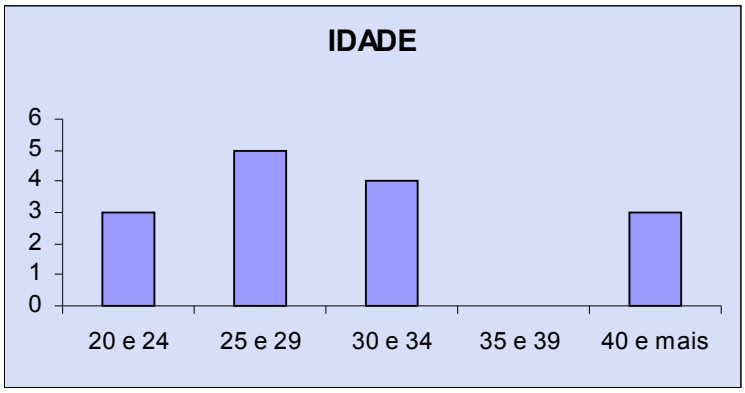
Tabela 2 – Distribuição de freqüência dos profissionais por faixa etária

Faixa Etária	N	%
20 e 24	3	20,0
25 e 29	5	33,0
30 e 34	4	27,0
35 e 39	0	0,0
40 e mais	3	20,0
Total	15	100,0

FONTE: Pesquisa de campo

O gráfico 2, a seguir, também mostra a predominância de jovens enfermeiros atuando nas equipes do PSF no município de Itajaí.

Gráfico 2 – Variável faixa etária



FONTE: Pesquisa de campo

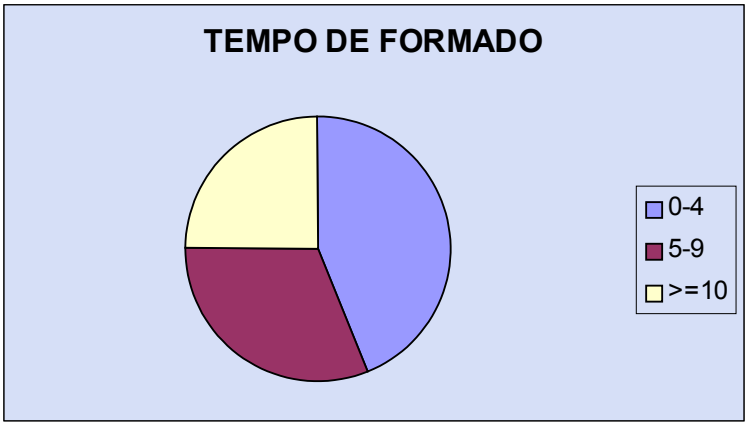
Quanto ao tempo de formação no curso de enfermagem, observa-se que a maioria dos enfermeiros tem entre 0 e 4 anos de formado, ou seja, 43,75% do total dos entrevistados. Já 31,25% estão entre 5 e 9 anos de formação e somente 25% possuem 10 ou mais anos de formação.

Tabela 3 – Distribuição de freqüência dos profissionais por tempo de formado

Tempo de formado	N	%
0-4 anos	7	43,75
5-9 anos	5	31,25
>=10 anos	4	25,00
Total	16	100,00

FONTE: Pesquisa de campo

Gráfico 3 – Variável tempo de formado



FONTE: Pesquisa de campo

A análise da tabela 3, comparativamente a 2, confirma uma relação direta entre a idade e tempo de formação, indicando o PSF como, muitas vezes, primeiro estágio da trajetória profissional do Enfermeiro.

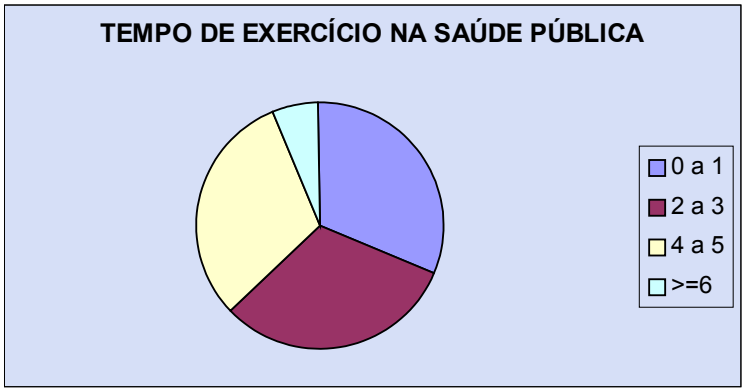
Os dados sobre o tempo de atuação como funcionário atuante na saúde pública confirma as tabelas anteriores na medida em que 93%dos profissionais entrevistados apresentam menos de 5 anos de atuação específica na saúde pública. Configura-se, neste processo, uma perspectiva de relação direta entre o tempo de formação, competências adquiridas na graduação e a necessidade de qualificação específica e permanente em saúde comunitária.

Tabela 4 – Distribuição de freqüência dos profissionais por exercício na saúde pública

Tempo de Saúde Pública	N	%
0 a 1	5	31,0
2 a 3	5	31,0
4 a 5	5	31,0
>= 6	1	7,0
Total	16	100,00

FONTE: Pesquisa de campo

Gráfico 4 – Variável tempo de exercício na saúde pública



FONTE: Pesquisa de campo

Em relação ao tempo de atuação específica no PSF, verificamos que a maior parte dos entrevistados, 38% está, apenas, há um ano atuando no PSF, e que 50% dos entrevistados estão entre 2 a 3 anos, perfazendo um total de 78% da população pesquisada.

Tabela 5 – Distribuição de freqüência dos profissionais por tempo de exercício no PSF

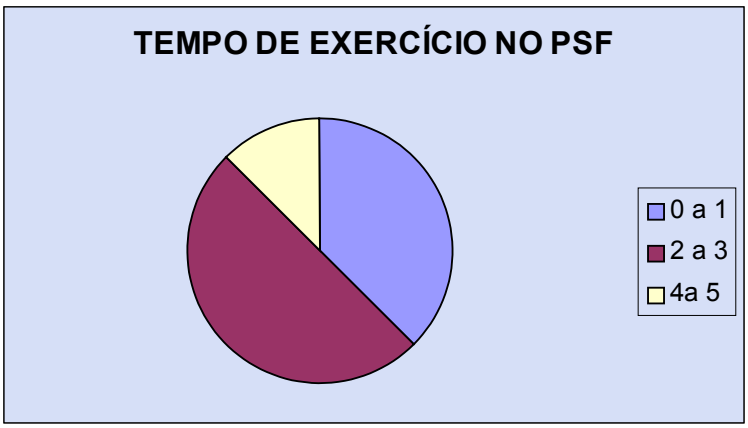
Tempo de exercício no PSF	N	%
0 a 1	6	38,0
2 a 3	8	50,0
4a 5	2	12,0
Total	16	100,0

FONTE: Pesquisa de campo

O gráfico 5 abaixo demonstra, claramente, que os enfermeiros que trabalham nas equipes do PSF do município de Itajaí possuem pouco tempo de atuação neste campo, visto que este programa teve início no Brasil como estratégia no ano de 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF, conforme está descrito no editorial da Revista Saúde da Família (2002). Desta análise, pode-se levantar uma série de questões que levam ao conhecimento das variáveis que impedem essa permanência, ou seja, conforme o I Seminário Internacional da Saúde da Família

apresentam-se como dificuldades: órgão formador distante desta nova proposta; currículo inadequado ao novo modelo; vulnerabilidade nas formas de contratação adotada; alta rotatividade dos profissionais; dificuldade de perfil adequado à proposta; tecnologias inadequadas; falta de clareza de uma política de recursos humanos para o SUS; equipe mínima, necessitando agregar outros profissionais e formação atual baseada na especialização, com enfoque curativo e tecnologias pedagógicas inadequadas à proposta de Saúde da Família.

Gráfico 5 – Variável tempo de exercício no PSF



FONTE: Pesquisa de campo

A variável pós-graduação indica que 62% dos entrevistados possuem pós-graduação. Em pesquisa realizada por Lazzarotto (2001) no estado do Paraná, 63,6% dos enfermeiros pesquisados possuem alguma especialização. Este fato vem ao encontro dos dados identificados nesta pesquisa. No entanto, em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, Machado (2000), observou-se que somente 36,57% dos enfermeiros que atuam na região sul do Brasil já realizaram algum tipo de especialização.

Entre as especializações citadas no instrumento de pesquisa, encontrou-se: Enfermagem do Trabalho, Saúde Coletiva, Neonatologia, Administração Hospitalar, Centro Cirúrgico, Obstetrícia, Gestão de Serviços de Saúde e Saúde da Família, sendo que alguns entrevistados ainda cursavam a especialização, quando da aplicação do questionário.

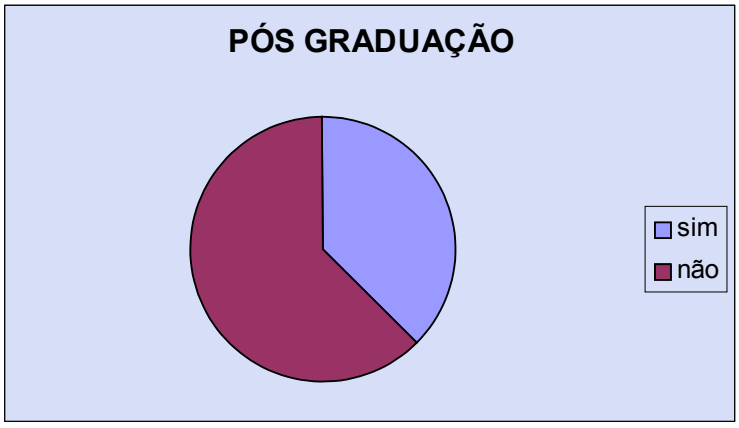
Tabela 6 – Distribuição de freqüência dos profissionais por pós-graduação

Pós-Graduação	N	%
Não	6	38,0
Sim	10	62,0
TOTAL	16	100,0

FONTE: Pesquisa de campo

O gráfico 6 demonstra que a maior parte da população pesquisada neste estudo já realizou algum tipo de especialização na área da enfermagem ou saúde pública. Considero relevante esta consonância entre o programa de especialização e a atuação profissional, uma vez que 50% dos entrevistados cursaram ou estão cursando, no momento da pesquisa, pós-graduação na área de saúde da família. Pode-se pressupor que este indicador leve à permanência e desenvolvimento desses profissionais na estratégia Saúde da Família. Além disso, contribui com a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Gráfico 6 – Variável pós-graduação



FONTE: Pesquisa de campo

Outra variável importante, diz respeito à realização do curso básico introdutório ao PSF.

Considera-se que este curso introdutório permita a instrumentalizaçao das equipes para a organização do seu processo de trabalho, compreensão ampliada do processo saúde-doença e a possibilidade de intervenção nas práticas assistenciais. Note-se que a tabela abaixo aponta que somente 50% dos enfermeiros entrevistados participaram do curso introdutório para o PSF.

As proposições atribuídas pelo Ministério da Saúde, para o treinamento introdutório, são entre outras, a flexibilidade em buscar uma adequação entre recursos disponíveis e a necessidade das equipes, a sensibilização dos profissionais para desenvolver um trabalho em parceria com a comunidade e a possibilidade dos mesmos apreenderem e compreenderem os indicadores do sistema de atenção básica (TAVARES, 2000).

Tabela 7 – Distribuição de freqüência dos profissionais com curso introdutório para PSF

Curso Introdutório para PSF	N	%
Sim	8	50,0
não	8	50,0
Total	16	100,0

FONTE: Pesquisa de campo

Após analisarmos os dados relativos ao perfil dos entrevistados examinaremos os dados da segunda parte do questionário para os enfermeiros que atuam no PSF. Como descrito na metodologia, o questionário foi composto por 19 perguntas fechadas e 1 aberta referentes aos conhecimentos; 16 perguntas fechadas e 1 aberta referentes às habilidades e 22 perguntas fechadas e 1 aberta referentes às atitudes.

5.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CONHECIMENTOS A SEREM DESENVOLVIDOS PELOS ENFERMEIROS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Conhecimento é o produto de maior peso e significado, porque é resultado de muitos processamentos intelectuais, de associações, refinamentos e amadurecimentos mentais e, principalmente, por suas aplicações mais objetivas e específicas na orientação da vida, no desenvolvimento das ciências e tecnologias, nas artes, nas atividades sociais, no trabalho e nos negócios (REZENDE, 2003).

Tabela 8 – DISTRIBUIÇAO DE FREQÜÊNCIA DO GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CONHECIMENTOS GERENCIAIS A SEREM DESENVOLVIDOS PELOS ENFERMEIROS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. ITAJAÍ, 2005.

	CONHECIMENTOS	1	2	3	4	5	Total
C1	Conhecer as políticas de saúde	0%	0%	6%	19%	75%	100%
C2	Conhecer os princípios que regem o PSF	0%	0%	0%	6%	94%	100%
C3	Conhecer a missão e os objetivos da instituição de saúde	0%	0%	0%	38%	63%	100%
C4	Conhecer a comunidade da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família	0%	0%	0%	0%	100%	100%
C5	Conhecimento do perfil epidemiológico da área da Abrangência da Unidade de Saúde da Família	0%	0%	0%	0%	100%	100%
C6	Conhecer os sistemas de informação utilizados para o Planejamento de ações (SIAB, SISVAN, SISPRENATAL, SINASC, etc).	0%	0%	6%	13%	81%	100%
C7	Conhecer o desenvolvimento da programação da Unidade Básica de Saúde e Unidades de Saúde da Família	0%	0%	0%	6%	94%	100%
C8	Conhecer as instalações físicas	0%	0%	0%	75%	25%	100%
C9	Conhecer normas de gerência e administração participativa	0%	0%	6%	38%	56%	100%
C10	Conhecer as atribuições de cada membro da Equipe de Saúde de Família	0%	0%	0%	0%	94%	94%
C11	Conhecimento dos equipamentos, materiais de consumo, Medicamentos e imunobiológicos	0%	0%	0%	25%	75%	100%
C12	Conhecimento de normas e procedimentos	0%	0%	0%	31%	69%	100%
C13	Conhecimentos de avaliação dos serviços de saúde	0%	0%	0%	19%	81%	100%
C14	Conhecimento do trabalho da assistência em serviços de Saúde	0%	0%	0%	19%	81%	100%
C15	Conhecimento de gestão de trabalho dos serviços de saúde	0%	0%	0%	38%	63%	100%
C16	Conhecimento do processo gerencial na utilização de Recursos como meio de produção	0%	0%	0%	44%	56%	100%
C17	Conhecimentos da administração estratégica da Unidade de Saúde da Família	0%	0%	0%	19%	81%	100%
C18	Conhecimento da qualidade do serviço prestado pela Unidade De Saúde da Família	0%	0%	0%	13%	88%	100%
C19	Conhecimento de padrões éticos em saúde	0%	0%	0%	19%	81%	100%

FONTE: Pesquisa de campo

Das 19 variáveis destacadas no conhecimento, somente duas receberam pontuação máxima C4, que se refere ao conhecimento da comunidade da área de abrangência da unidade de saúde e C5, que se refere ao conhecimento do perfil epidemiológico da área de abrangência da unidade de saúde.

Segundo o Guia prático do Programa Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), aspectos relevantes da estratégia saúde da família, compreende a territorializaçao com a descrição de clientela /criação de vínculo equipe-usuário e o aumento da oferta de serviços de saúde em suas áreas de abrangência.

Reforçando a extrema importância atribuída pelos enfermeiros entrevistados, Rebelo (1995), diz que para o planejamento de serviços e a administração de uma unidade de saúde da família, é muito importante conhecer a clientela assistida e a demanda de serviços, que permitam adequação na capacidade de atendimento e adoção de medidas com vista à satisfação das necessidades do cliente.

A segunda variável que obteve 100% no escore de pontos foi C5, que trata do conhecimento epidemiológico da área de abrangência.

Novamente, fazendo referência ao Guia prático do Programa Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), das atribuições específicas do enfermeiro da equipe de saúde da família, cabe no nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Necessariamente, para atuar nas ações de vigilância epidemiológica, nas ações educativas com grupos da comunidade e na execução/supervisão das visitas domiciliares, o profissional enfermeiro do PSF deve conhecer o perfil epidemiológico da clientela adstrita(CHIESA, 2003).

Em seqüência, C2 que trata do conhecimento dos princípios que regem o PSF, C7 que se refere ao conhecimento do desenvolvimento da programação da unidade de saúde da família e C10 que se refere ao conhecimento das atribuições de cada membro da equipe de saúde da família, recebem no escore de pontos, 94% de importância extrema, o que denota preocupação dos enfermeiros com sua prática, uma vez que esta vai direcionar as ações de saúde desenvolvidas pela equipe, de forma a consolidar os princípios e diretrizes do SUS/PSF.

Cabe ressaltar que na variável C10, um dos instrumentos de pesquisa não apresentou resposta, ou seja, estava em branco. Acreditamos que este fato possa ter ocorrido por falta de atenção do respondente no preenchimento do questionário.

Torna-se salutar dizer que o PSF faz parte de um contexto maior, que é o Sistema Único de Saúde, ou seja, esta regido por seus princípios e diretrizes, tendo como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases, não mais centrada no modelo biomédico.

Entretanto, a variável C1, que trata do conhecimento das políticas de saúde, foi identificado por 6% dos entrevistados como sendo de relativa importância, por 19% como sendo de maior importância e por 75% como sendo de extrema importância. Isso nos causa uma certa dúvida, quando percebemos notável diferença nos escores das variáveis C1 e C2, pois em todos as referências, identificamos o PSF como sendo uma estratégia para viabilizar ou SUS, ou seja, está regido pelos mesmos princípios de equidade, universalidade, integralidade e controle social. Partindo deste pressuposto, os conhecimentos das políticas de saúde em nosso país estão intrinsecamente ligados aos princípios que regem o PSF, denotando inconsistência nas respostas dos entrevistados.

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos, níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicilio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (SOUSA, 2000).

A mesma autora ainda diz, que o PSF propõe humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida.

Entender a Saúde da Família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos envolvidos no processo de produção social da saúde. Sob este aspecto, as atribuições fundamentais dos profissionais do PSF são as seguintes: planejamento das ações, saúde, promoção e vigilância, trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Baseado na necessidade de planejamento das ações, Mandelli (1997) afirma que a programação estratégica deve ser considerada um instrumento de apoio à tomada de decisão, tornando-se fundamental no processo de organização dos

serviços, na medida que estabelece os objetivos a serem alcançados, bem como as estratégias a serem utilizadas, visando o seu alcance, variável esta considerada de muita e extrema importância pelos entrevistados.

Desde a sua implantação, em março de 1994, o PSF já passou por alterações no que dizem respeito à composição das equipes. No princípio faziam parte da equipe o enfermeiro, o médico, o auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. A partir de 2001, foram inclusos na equipe básica o cirurgião dentista, o técnico de higiene dental e o auxiliar de consultório dentário, cada qual com suas atribuições definidas pelo Guia Prático do PSF.

O enfermeiro é um profissional, obrigatoriamente, integrante desta equipe de trabalho do PSF. Tem explicitada atribuições em dois campos essenciais: na unidade de saúde e na comunidade, prestando, permanentemente, cuidados e promovendo aspectos de educação. Isto exige que esse profissional disponha de um repertório que lhe permita assumir múltiplos papeis: de educador, de prestador de cuidado, consultor, uma vez que está sujeito a constantes solicitações e transformações da sua pratica (SANTOS, 2000). Esta variável foi identificada pelos entrevistados deste estudo como de extrema importância em 94% das respostas.

Preocupados com a qualidade no atendimento prestado (C18), esta variável foi identificada como de extrema importância por 88% dos entrevistados e por 13% como de muita importância.

Define-se como qualidade a relação apropriada entre meios e fins, onde os meios são as estratégias de atenção e os fins são as mudanças produzidas (impacto) por estas estratégias (DONABEDIAN, 1980), confirmando assim que, conhecer a qualidade dos serviços prestados é fundamental para a melhoria da assistência.

Neste sentido, a avaliação permite conhecer pontos a serem trabalhados para melhorar a qualidade da assistência uma vez que os clientes que procuram os serviços de saúde públicos estão exigindo a qualidade na prestação deste serviço (MARAN, 2004).

Em um grande bloco estão as variáveis C6, C13, C14, C17 e C19 como sendo de extrema importância para 81% dos entrevistados, sendo que, neste mesmo bloco, identificamos a primeira pontuação de relativa importância na variável C6 que se refere a conhecimentos relativos aos sistemas de informação utilizados para o planejamento das ações com 6% das respostas. Respectivamente, a variável

C13 traz no seu conteúdo os conhecimentos dos serviços de saúde; C14 do trabalho da assistência em serviços de saúde; C17 da administração estratégica da unidade de saúde da família; e C19 dos padrões éticos em saúde.

Analisando a variável C6, percebe-se um desconhecimento sobre as potencialidades das informações para o processo de formulação e monitoramento de ações de saúde. A alimentação dos bancos de dados nacionais em saúde é um dos requisitos necessários para a habilitação dos municípios nas formas de gestão previstas para a descentralização de ações e serviços de saúde. Entretanto, esta alimentação obrigatória dos bancos de dados pouco tem contribuído para apoiar o processo de tomada de decisão local (TEIXEIRA, 2002).

A mesma autora ainda afirma que, possivelmente, o fortalecimento da capacidade de gestão, mediante iniciativas de formação e educação permanente, contribuirá não somente para o uso das informações disponíveis como suporte ao processo decisório em saúde, como também para o aperfeiçoamento e a racionalização dos sistemas oficiais de informação em saúde existentes hoje no Brasil.

Em uma compreensão mais ampliada sobre a determinação do processo saúde-doença, é importante que os gerentes da área da saúde tenham uma visão mais integrada dos problemas de saúde e dos recursos com que possam contar (MANDELLI, 1997).

Esta afirmação corrobora com o que identificamos neste estudo, quando a maioria dos enfermeiros entrevistados, entendem como sendo de extrema importância conhecer o trabalho da assistência prestada, bem como a administração estratégica da unidade de saúde.

Para Mandelli (1997), a administração estratégica pode ser considerada como um processo dinâmico, que busca relacionar os problemas e necessidades em saúde dos grupos populacionais que vivem em espaços geográficos delimitados, com os conhecimentos e recursos, institucionais e comunitários, de tal modo que seja possível definir prioridades, considerar alternativas reais de ação, alocar recursos e conduzir o processo até a superação ou controle dos problemas.

Ligados a estes conhecimentos estão os padrões éticos na atuação dos profissionais de saúde.

De acordo com o código de ética da enfermagem, o aprimoramento do comportamento ético do profissional enfermeiro passa pelo processo de construção

de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional, configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho, com reflexos nos campos técnicos, cientifico e político (COFEN, 2004).

Segundo Chiesa (2002), a perspectiva que se coloca é recuperar o perfil do enfermeiro, contemplando a competência técnica comprometido com a ética da responsabilidade e a ética da solidariedade, engajando-se nos processos de transformação da realidade e rompendo com a herança de uma prática subordinada a interesses institucionais, ou ainda, a outras práticas profissionais.

Em consonância com os autores citados, os enfermeiros entrevistados nesta pesquisa, na sua maioria, apontam os preceitos éticos como sendo um conhecimento necessário para a prática diária da profissão, que hoje deve estar centrada no respeito à pessoa como cidadã e como ser social.

Quanto ao conhecimento dos equipamentos, materiais de consumo, medicamentos e imunobiológicos, descritos na variável C11, os enfermeiros consideram de muita e extrema importância, com 25% e 75% respectivamente. Este fato demonstra em concordância com o referido por Lazzarotto (2001), que estes conhecimentos são recebidos pelos enfermeiros em sua formação acadêmica, pois fazem parte do processo de trabalho assistencial na área hospitalar, bem como na saúde coletiva, fato este incorporado ao gerenciamento da unidade, que tem por objetivo suprir em quantidade e qualidade os materiais, medicamentos e imunobiológicos para o atendimento do usuário.

A enfermagem, ao longo da história, vem exercendo atividades referentes à administração de materiais em suas unidades de trabalho, devendo ter como objetivo a melhora da assistência ao usuário e a melhora das condições de trabalho da equipe de saúde, e não com o fim de uma atividade puramente burocrática, cuja única meta é a de preservar os interesses financeiros da instituição(KURCGANT, 1991).

Relacionado a este fato, à variável C12, que trata do conhecimento de normas e rotinas, foi identificada como sendo de extrema importância por 69% dos entrevistados. Sendo assim Becker (2004), coloca que conhecer normas e procedimentos da unidade também é um requisito para o desenvolvimento contínuo dos serviços de saúde, sendo necessária a utilização de instrumentos administrativos como normas e rotinas, entendendo-se por normas, um conjunto de regras ou instruções para fixar procedimentos, métodos, organização, que são

utilizados no desenvolvimento das atividades; e como rotinas o conjunto de elementos que especificam a maneira exata pela qual uma atividade deve ser realizada (KURCGANT, 1991).

As variáveis citadas acima se correlacionam com o conhecimento do processo gerencial, o que este estudo e identificou como sendo de muita e extrema importância, bem como também identificou nas mesmas proporções o conhecimento de normas de gerência e administração participativa.

O resultado encontrado na variável C15, indica que 63% dos enfermeiros entrevistados acreditam ser de extrema importância conhecer a gestão do trabalho dos serviços de saúde. Segundo Figueiredo (2003), na área da saúde, gestão pode ser compreendida como ações de comando sobre o conjunto do sistema de saúde.

E como última das variáveis do conhecimento trabalhadas neste estudo, C8 foi a que menor pontuação recebeu no grau de extrema importância, somente 25%, o que denota que dentre as outras variáveis do conhecimento, as instalações físicas da unidade de saúde não requerem atenção especial para os enfermeiros pesquisados.

5.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO GRAU DE IMPORTÂNCIA DAS HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Entendemos por habilidades as aptidões desenvolvidas e que tornam as pessoas diferenciadas em alguns aspectos. Chiavenato (2003) acrescenta, conceituando como sendo a capacidade de colocar o conhecimento em ação.

Partindo deste princípio, analisaremos a seguir qual o grau de importância que os enfermeiros do PSF pesquisados neste estudo, consideraram como sendo relevantes para desenvolvimento do seu processo de trabalho cotidiano.

Tabela 9 – DISTRIBUIÇAO DE FREQÜÊNCIA DO GRAU DE IMPORTÂNCIA DAS HABILIDADES GERENCIAIS A SEREM DESENVOLVIDOS PELOS ENFERMEIROS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. ITAJAÌ, 2005.

	HABILIDADES	1	2	3	4	5	Total
H1	Saber comunicar-se de forma adequada e de promover e manter o relacionamento com a equipe e usuários	0%	0%	0%	0%	100%	100%
H2	Saber integrar conhecimentos existentes	0%	0%	0%	19%	81%	100%
H3	Saber identificar problemas	0%	0%	0%	6%	94%	100%
H4	Saber encontrar solução para os problemas	0%	0%	0%	19%	81%	100%
H5	Saber usar criatividade no seu trabalho e com a equipe	0%	0%	0%	31%	69%	100%
H6	Saber usar empatia com a equipe e usuários	0%	0%	0%	13%	88%	100%
H7	Saber usar sua intuição no desenvolvimento do trabalho	0%	0%	6%	25%	69%	100%
H8	Saber desenvolver o trabalho em equipe	0%	0%	0%	13%	88%	100%
H9	Saber motivar a equipe	0%	0%	6%	13%	81%	100%
H10	Saber usar o planejamento como prática gerencial	0%	0%	0%	13%	88%	100%
H11	Saber negociar com a equipe, superiores e usuários	0%	0%	0%	19%	81%	100%
H12	Saber inovar e ser agente de mudanças	0%	0%	0%	13%	88%	100%
H13	Saber gerenciar os programas desenvolvidos e a equipe de trabalho	0%	0%	6%	19%	75%	100%
H14	Saber liderar a equipe e a comunidade	0%	0%	0%	13%	88%	100%
H15	Saber articular conhecimentos de diferentes áreas	0%	0%	0%	31%	69%	100%
H16	Saber utilizar habilidades para treinamento da equipe	0%	0%	0%	19%	81%	100%

FONTE: Pesquisa de campo

Dos resultados verificados nas dezesseis variáveis habilidades gerenciais do enfermeiro no PSF, somente uma foi considerada com sendo de extrema importância por 100% da população pesquisada, a H1, que se refere a saber, comunicar-se de forma adequada e de promover e manter o relacionamento com equipe e usuários.

No centro da liderança eficaz reside a capacidade de saber se comunicar. O líder eficaz deve conhecer profundamente todas as formas de comunicação (DRUCKER, 1996). O mesmo autor complementa dizendo que à proporção que o mundo produz informação com mais rapidez e nossa capacidade de transmiti-las e comunicá-las aumenta velozmente, torna-se necessário que os líderes sejam capazes de absorver e utilizar estas informações de modo a melhor compreender o mundo e liderar de forma inteligente.

Porém, estar bem informado, ou deter informações pode não significar competência, se não as registrar, assimilar e elaborar bem, ou se não fizer bom uso delas (REZENDE, 2003).

No que tange à comunicação com a comunidade vale ressaltar que a transformação do modelo assistencial e a humanização do atendimento requerem que seja garantido o direito à informação do usuário, pois a informação é o elemento vital para que o usurário possa tomar decisões (MARTINS, 2000).

Em concordância com os autores acima citados, podemos verificar neste estudo que as variáveis H6 e H14, estando estas diretamente correlacionadas a H1, também foram identificadas como sendo de extrema importância por 88% de nossos entrevistados.

Cabe assinalar, ainda, que o PSF pressupõe o envolvimento da equipe multiprofissional e da comunidade, bem como articulação intersetorial, que possibilitem intervenções na saúde, visando também melhorias no meio ambiente natural e social (TAVARES, 2000).

Para tanto, há que se construir um novo pensar e fazer nessa prática que requer alta complexidade de saberes, de desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes, por parte de toda a equipe, o que se constitui em verdadeiro desafio (CIAMPONE, 2000).

Neste sentido, torna-se necessária a troca de informações para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade na assistência do indivíduo, fato este

que identificamos em H8, pois 88% dos entrevistados acreditam ser esta uma variável de extrema importância.

Os gestores não precisam necessariamente saber influenciar para formar opiniões políticas, para comungar idéias sobre questões de ideologia social ou de filosofia de vida. Precisam sim, direcionar as ações das pessoas para o alcance dos objetivos de trabalho, ensinando e explicando, organizando atividades, sabendo aplicar técnicas de envolver e estimular pessoas (REZENDE, 2004). Em concordância com o citado por Rezende, identificamos em H9, que em 81% das respostas classificadas como sendo de extrema importância esta a motivação do grupo para um processo de trabalho satisfatório.

Nas habilidades H2, saber integrar conhecimentos existentes, e H15 saber articular conhecimentos de diferentes áreas, Rezende (2004) diz que: “conhecimento é a categoria mais ampla de competências. Inclusive é a categoria que, de modo mais especifico, é mais comumente chamada de competência. Enquanto as aptidões, habilidades e comportamentos existem em quantidades limitadas, os conhecimentos são ilimitados”.

Identificamos estas duas variáveis, 88% e 69%, de extrema importância respectivamente, o que demonstra a concordância de nossos entrevistados com a referencia de Boog (1994), que salienta que o profissional não deve restringir-se, apenas, a sua área de formação e/ou atuação especifica, diversificando e estendendo-se em outras direções necessárias para a aquisição de conhecimento e experiências de dinâmicas e rotinas dos demais setores competentes da instituição, facilitando sua interação multiprofissional e interdisciplinar. Note-se que estes foram critérios identificados anteriormente com sendo essenciais para o trabalho de equipe em PSF.

Ainda correlacionado às variáveis H2 e H15, está H16, que trata da habilidade para treinamento de equipe, fato este identificado como sendo de extrema importância para 88% dos entrevistados deste estudo.

Os gerentes devem desenvolver um ambiente criativo, permitindo constantes desafios, com liberdade para a criação de novas idéias, um local onde exista confiança e abertura, bom humor, onde o trabalhador poderá produzir uma grande quantidade de idéias, permitindo a busca do novo(LAZZAROTTO, 2001).

Segundo Rezende (2004), esta é uma competência que anda de mãos dadas com a competência artística, e esta é ponto inegavelmente forte do brasileiro, o que contribui muito para maior, mais efetiva e mais rica expressão das artes.

Em concordância com o acima exposto, identificamos na variável H5 um percentual de 69% de extrema importância e 31% de muita importância, bem como em H12, 88% dos entrevistados ressaltam esta variável como sendo de extrema importância.

Os resultados das variáveis habilidades H3 e H4 apontam para 94 e 81% respectivamente de extrema importância. Neste sentido, Kurcgant (1991) salienta que o enfermeiro ao assumir trabalho em instituições, depara-se, indiscutivelmente, com situações diversas que lhe exigem conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes, precisas e imparciais para a tomada de decisão que venha ao encontro de seus valores pessoais, éticos e, ao mesmo tempo, em que atenda aos objetivos e metas da organização.

A programação estratégica constitui-se um instrumento de gerencia que orienta a condução do processo de organização dos serviços de saúde, na medida em que estabelece os objetivos a serem alcançados, bem como as estratégias a serem utilizadas visando o seu alcance (MANDELLI, 1997). O mesmo autor complementa dizendo que a gerência vista sob o ângulo da administração estratégica, refere-se à ação que torna viável e factível o melhor uso dos recursos para atingir os objetivos sociais perseguidos, mediante um processo contínuo de tomada de decisão, que se fundamenta na definição e análise de problemas e na alocação dos recursos correspondentes para sua superação e controle, de maneira que as decisões se convertam em ações efetivas.

Neste sentido, em concordância ao referido anteriormente, este estudo identificou nas variáveis H10 e H13 extrema importância destas habilidades para 88 e 75% dos entrevistados respectivamente. Correlacionando estas variáveis com H11, Santana (1997), afirma que, o novo perfil gerencial, pressupõe níveis de autonomia na avaliação, programação e operação da unidade, cujo desempenho passa, entre outros atributos, pela capacidade de interagir com grupos da comunidade, com entidades de outros setores e com diferentes instâncias de poder na organização social. Este novo gerente, portanto, não pode deixar de ser um negociador.

Neste estudo, a habilidade de negociar foi considerada como sendo de extrema importância para 81% dos enfermeiros, fato este em consonância com o novo perfil gerencial necessário para administrar um serviço de saúde. No entanto, Santana (1997) salienta que não se deve esperar que o desenvolvimento desta habilidade seja proporcionado apenas por cursos ou por qualquer tipo de treinamento formal, mas sim pela própria prática e que experiências de aprendizagem em serviço podem ajudar a desenvolver e aperfeiçoar, permanentemente, a capacidade de negociação.

5.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO GRAU DE IMPORTÂNCIA DAS ATITUDES A SEREM DESENVOLVIDOS PELOS ENFERMEIROS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Atitudes referem-se a comportamentos relacionados com aplicação de princípios e valores, são resultados de ações conscientes. Vinculam-se com o interesse, determinaçao, querer fazer (BRANDÃO, 1999).

Na complexidade atual das relações nas instituições, a dimensão subjetiva não deve ser ignorada, pois se percebe, cada vez mais, que ela dirige e influencia as ações, tanto ou mais do que as estratégias elaboradas de forma intencional e racional (ZIEMER, 1996).

Neste sentido, necessitamos estar atento a esta nova ordem: conhecimento e habilidade técnica sozinha não garantem o sucesso profissional. A exigência do trabalho em equipe agrega a atitude como elemento-chave nas relações de trabalho e nos resultados das equipes (GRAMIGNA, 2002).

Para tanto, passamos a seguir a analisar qual o grau de importância atribuído pelos enfermeiros do PSF nas variáveis atitudes, inerentes à função por eles exercida.

Tabela 10 – DISTRIBUIÇAO DE FREQÜÊNCIA DO GRAU DE IMPORTÂNCIA DAS ATITUDES GERENCIAIS A SEREM DESENVOLVIDOS PELOS ENFERMEIROS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. ITAJAÍ, 2005.

	ATITUDES	1	2	3	4	5	Total
A1	Ser justo com sua equipe e usuários	0%	0%	0%	25%	75%	100%
A2	Ser afetivo, dando atenção para a equipe e usuários	0%	0%	0%	25%	75%	100%
A3	Ser aberto a negociação	0%	0%	0%	6%	94%	100%
A4	Ser aberto a mudanças	0%	0%	0%	6%	94%	100%
A5	Ser comunicativo	0%	0%	0%	19%	81%	100%
A6	Ser criativo e estimular a criatividade da equipe	0%	0%	0%	19%	81%	100%
A7	Saber estudar	0%	0%	6%	13%	81%	100%
A8	Ser aberto ao diálogo	0%	0%	0%	6%	94%	100%
A9	Ser facilitador do trabalho com a equipe e grupos da comunidade	0%	0%	0%	0%	100%	100%
A10	Desenvolver a iniciativa e a autonomia da equipe e comunidade	0%	0%	0%	25%	75%	100%
A11	Ser um líder educador	0%	0%	6%	19%	75%	100%
A12	Ter envolvimento com o trabalho, com a equipe e comunidade	0%	0%	0%	31%	69%	100%
A13	Que demonstre humildade	0%	0%	0%	19%	81%	100%
A14	Que privilegie o trabalho em equipe	0%	0%	0%	0%	100%	100%
A15	Que saiba resolver problemas	0%	0%	0%	19%	81%	100%
A16	Que saiba aceitar críticas	0%	0%	0%	0%	100%	100%
A17	Ter visão de conjunto	0%	0%	0%	6%	94%	100%
A18	Ter clara de qual deverá ser sua atuação	0%	0%	0%	6%	94%	100%
A19	Ter raciocínio lógico	0%	0%	0%	19%	81%	100%
A20	Ter compromisso e responsabilidade	0%	0%	0%	6%	94%	100%
A21	Ser ético com a equipe, superiores e usuários	0%	0%	0%	6%	94%	100%
A22	Incentivar e participar do Conselho Municipal/Comissão Local de Saúde	0%	0%	0%	31%	69%	100%

FONTE: Pesquisa de campo

A variável A3 que trata de ser aberto a negociação, foi considerada por 94% dos entrevistados como de extrema importância.

Torna-se imprescindível a negociação, pois as pessoas têm objetivos e interesses diferentes e esta diferença produz conflitos. O conflito é inerente à vida de cada indivíduo; constitui o lado oposto da cooperação e da colaboração. Minimizar as diferenças entre os grupos, identificando objetivos que possam ser compartilhados, reduz o conflito, quando o gerente pode mostrar aos grupos certos interesses em comum para que deixem de perceber a incompatibilidade de objetivos (CHIAVENATO, 1999).

Ao considerar o setor publico, pode-se observar que o bom desempenho do gerente torna-se ainda mais dependente da capacidade de negociação, em função do pluralismo e da interdependência das instituições, ações e recursos que devem interatuar, complementando-se e orientando-se na mesma direção (SANTANA, 1997).

Para tanto, é necessário estar aberto a mudanças, e a criatividade nesse processo é fundamental, pois permite ao gerente a proposição de projetos que sejam inovadores na busca de novos resultados e novas formas de comportamento individual e organizacional. Com atitude inovadora, o gestor possibilita o desenvolvimento de atividades que se constituem desafios para a criatividade individual e coletiva (MUNARI, 2004).

As interfaces existentes na ação profissionais equipe/usuário e a sua relação com a afetividade e atenção, conforme a variável A2, torna-se fundamental na medida em que esse comportamento é inerente a qualquer relação interpessoal.

No relacionamento profissional, as características da amistosidade, cordialidade, de atração e simpatia recíprocas ou de antipatia e antagonismo podem, no primeiro caso, facilitar o trabalho conjunto; por outro lado, tendem a prejudicar o resultado final (MOSCOVICI, 1996).

Os valores obtidos nesta variável refletem, por conseqüência, a complexidade da rede de relação afetiva de um grupo de trabalho, e, ainda, a expectativa de que sejam gerados sentimentos de valorização da relação do eu com o outro, ao mesmo tempo em que privilegia a ação direta com o usuário.

Moscovici (1996) acrescenta que os sistemas de administração modernos apresentam, ainda, dificuldades em reconhecer e lidar com os aspectos não racionais das relações interpessoais, incluindo-se, aqui, os componentes que

permeiam o contexto do grupo (entendendo-o como, usuários do sistema e equipe de trabalho), envolvendo ciúmes, ressentimentos, hostilidades, manipulação, etc.

Munari (2004) complementa que o estabelecimento e o desenvolvimento da competência interpessoal, a afetividade propriamente, é fundamental para que a atuação do enfermeiro na gestão diária de sua s atividades, possa gerar a condição indispensável a um clima de confiança e satisfação.

A apropriação da subjetividade, da capacidade criativa na ação cotidiana dos profissionais, por parte das organizações, tem se caracterizado pelo estímulo constante à inovação, à busca das alternativas além das práticas convencionais.

A expressividade das respostas obtida na variável A6 confirma a interiorização deste conceito pelos enfermeiros, notadamente por se constituir numa exigência das instituições, na medida em que as modernas práticas de gestão atribuem à criatividade do profissional como indispensável ao sucesso individual.

Pode-se inferir, neste caso, que este conceito, além do que lhe é atribuído pelas instituições, vem sendo absorvido pelos enfermeiros durante o período de graduação, nos programas de extensão e na própria mídia, uma vez que a criatividade é indispensável para uma colocação profissional.

Probst (2002) conceitua criatividade como a capacidade dos indivíduos de produzir idéias e soluções novas aos problemas, resultantes da interação entre os dados internos e externos, dados novos e antigos, gerando soluções e conhecimento.

Note-se, também, que a capacidade criativa, maior ou menor, é decorrente das diferenças individuais, onde, ao enfermeiro, nesse caso, caberia desenvolver a capacidade de estimular a aproveitar exatamente as diferenças e a diversidade do grupo para alcançar ações criativas e inovadoras.

Ainda conforme Probst (2002), a criatividade e a inovação passam, necessariamente, pela confiança no grupo, pelo envolvimento direto dos indivíduos ao processo de geração de idéias e ações concretas.

Os índices apurados nas variáveis A4 e A8, referentes à abertura a mudanças e ao diálogo parecem estabelecer uma relação da interdependência na medida em que a capacidade de promover, aceitar e estimular mudanças pode estar condicionada á efetiva abertura ao diálogo entre os gestores e as equipes como um todo.

Assim, na afirmativa de Munari (2004) de que, na atualidade, as tendências na área da saúde envolvem a busca contínua da melhoria dos modelos de gestão, evidencia-se a capacidade de inovação e, principalmente, por extensão, as perspectivas de mudança nos comportamentos dos gestores.

Define-se, portanto, uma similaridade entre a ação institucional em direção ao novo, ao efetivo e ao produtivo, com a respectiva necessidade de capacitação pessoal, ocorrendo ambas simultaneamente.

A esta nova perspectiva, a de que as mudanças constituam uma realidade inquestionável a partir de exigências externas, acrescente-se o desenvolvimento das competências interpessoais como uma condição permanente na busca do novo.

Se adotarmos o conceito de diálogo como indicadores de participação no processo decisório, de interação com o grupo e de envolvimento na prática específica, os índices obtidos reforçam o desejo do enfermeiro em consolidar seu espaço de troca, em primeira instância, com seus pares e com o usuário.

Por outro lado, ao analisarmos as variáveis A12 e A22, que ressaltam o trabalho especifico com a comunidade, quer seja na função precípua junto ao usuário, quer seja no envolvimento direto e no estimular à participação nos Conselhos/Comissões de saúde, ambas as respostas obtiveram o menor percentual de toda a série. Ao confrontarmos as duas anteriores com a variável A17, que trata da visão do conjunto, onde o percentual de resposta foi expressivamente alto, pode haver uma incongruência nas respostas, se considerarmos o conceito de conjunto como a percepção da totalidade, envolvendo, portanto, a própria atividade do enfermeiro do PSF, que contempla por excelência a atenção ao usuário e ao sistema como um todo.

Se retomarmos a questão da faixa etária e o tempo de atividade no PSF dos pesquisados, pode-se considerar essa relação como indicativa de um processo de desenvolvimento que reflete a necessidade, ainda, de programas de capacitação específica no foco de atenção destes profissionais.

Quanto aos resultados da variável A5, que trata do processo de comunicação, podemos observar que 81% dos entrevistados consideram de extrema importância esta atitude.

Dutra (2001) afirma que o conhecimento precisa necessariamente circular de maneira rápida, eficiente, ainda que as novas idéias tenham maior impacto quando são compartilhados coletivamente. Visto o PSF ser necessariamente uma equipe

multiprofissional, a comunicação de todos os seus membros e comunidade pode propiciar que cada pessoa aprenda a entender as capacidades do outro, tornando claro o papel de cada integrante, na intenção de atingir os objetivos deste grupo.

Reforçando, Fortes (2000), acrescenta que a linguagem necessita ser simples, aproximativa, inteligível, leal e respeitosa, ou seja, fornecida dentro de padrões acessíveis à compreensão intelectual e cultural de cada membro do grupo.

No processo de trabalho do enfermeiro do PSF, onde grande parte do seu tempo é dedicado ao relacionamento com a comunidade, a comunicação sob todas as formas, verbal e não verbal, torna-se a ferramenta indispensável para a efetivação de sua função.

Na medida em que entendermos a variável A20 (ter compromissos e responsabilidades) e a compararmos com a variável A15 (que saiba resolver problemas), podemos considerar, no âmbito da expressividade da resposta em ambas, que, em 94% e 81% respectivamente, haja, ainda, uma preocupação explicita quanto à quantificação das tarefas.

Pode-se sugerir uma incorporação de atitudes mais voltadas à exceção de práticas que ao papel de gestão. Parecem refletir, também, que a característica de compromisso e responsabilidades em direção ao resolver problemas constitua, diretamente, a demanda cotidiana, uma vez que estabelece a conexão entre a tarefa específica e a resolutividade.

Mais uma vez, pode estar havendo um conflito, resultante, como esclarece Munari (2004) da busca do enfermeiro pela necessidade de assumir a responsabilidade pela gestão da assistência e a gestão de pessoas. Souza (2000), ao analisar a área de enfermagem no PSF, confirma que o modelo de saúde que se está construindo no país necessita de profissionais que ampliem seus conhecimentos, apropriando-se das novas teorias e práticas. Considera que devem estar sempre abertos para novas experiências, que identificar novos problemas críticos de sua realidade de trabalho, reflitam sobre eles e busquem, de forma interdisciplinar, soluções apropriadas para eles.

Há uma correspondência absoluta entre as respostas na variável A14 que privilegie o trabalho em equipe com o que é preconizado nos novos modelos de gestão de pessoas. Pode-se considerar que não apenas se constitua na apropriação do conceito por parte dos entrevistados como também, pelo percentual alcançado de

100% de extrema importância, como também o desejo e a expectativa expressa em direção a uma ação de equipe.

Moscovici (1996) define o conceito de equipe, como um grupo que compreende seus objetivos e esta engajado em alcançá-los de forma compartilhada. Acrescenta condições para que isto aconteça na forma de um processo de comunicação verdadeira, onde se respeita à divergência de opinião. Isto, seguramente, traduz-se na forma de um investimento constante no seu próprio crescimento.

Observe-se também, que a variável A16 que se refere a aceitar criticas, na medida em que obteve a pontuação máxima, confirma essa condição quando entendemos que o funcionamento harmônico e produtivo da equipe não prescinde da existência de conflitos e, neste caso, a perspectiva de críticas pessoais não é de todo inexistente.

Para Moscovici (1996), uma possível concordância permanente em grupo pode ser agradável, porém, é ao longo do tempo, fator de estagnação do sistema.

Se reconhecermos conceito de justiça como sendo o do reconhecimento do direito e dever de cada um, com imparcialidade, transforma-se esse critério num componente importante no processo de gestão e no relacionamento interpessoal por parte do enfermeiro.

As definições de tarefas e ações destinadas aos Enfermeiros que atuam no PSF estão, por certo, padronizadas e estruturadas. Por mais que estejam descritas, e os índices obtidos na variável A18 as confirmem, há a necessidade de retomada constante dos mais diversos papéis a ser desenvolvidos por estes profissionais, onde a clareza daquilo que se espera parece constituir uma preocupação permanente. A multiplicidade das variáveis de ação quer sejam de gestão interna, quer da atuação direta junto à comunidade – e o desenvolvimento de instrumentos de intervenção e práticas profissionais, determinam, por sua vez, a reflexão critica permanente sobre sua prática. Naturalmente, como estratégia de âmbito nacional, as políticas definidas passam, necessariamente, pela aplicação em realidades distintas por profissionais diferentes. No entanto, para sustentar as mudanças é necessário que se capacite os profissionais a responder, e não a reagir aos desafios. Reagir é o fundamento da impulsividade ou da acomodação, de acordo com padrões limitadores do passado – é “dirigir olhando pelo retrovisor”. Responder

é a base da responsabilidade, agindo de forma consciente, com referência no presente e no futuro (ZIEMER, 2005).

Quando analisamos conjuntamente as variáveis A9, A10 e A11, onde os conceitos se aproximam, parece ter havido discrepâncias na interpretação, uma vez que a ação de facilitador do trabalho com grupos da comunidade e equipe, que obteve 100% de respostas que a consideram como de extrema importância, divergem dos conceitos de líder educador e capaz de desenvolver a iniciativa e a autonomia da equipe e comunidade (variáveis A11 e A10, respectivamente) que obtiveram, como de extrema importância, 75% das respostas.

Ainda segundo Ziemer (2005), líderes responsáveis discernem as ameaças imaginárias (modelos mentais pessoais) das reais (questões objetivas) e assim enxergam oportunidades e criam uma visão motivadora. Valorizam o trabalho em equipe e apóiam o aprendizado e a iniciativa. Não abrem mão da ética por objetivos de curto prazo, pois sabem que a missão da empresa vai além de eventuais resultados financeiros ou políticos.

Neste processo de mudança – transformação pessoal – os novos líderes têm de encarar seus medos e se tornar mais autênticos, aprendendo a questionar verdades estabelecidas e práticas que limitam a evolução das instituições.. Eles se tornam líderes facilitadores. Entre os desafios estão: ter clareza e apoiar os valores no trabalho, estabelecer uma missão e uma visão pessoal e alinhá-las com as da instituição, Saber gerenciar a transição – isso é libertar-se das atitudes de um padrão gerencial ultrapassado e apoiar as de líder – e ter as competências para lidar com as forças – internas e externas – que compõem as resistências ao novo.

De fato, o papel de líder educador vem sendo reforçado seguidamente nas novas teorias gerenciais, atribuindo-se ao líder como atividade indispensável, a utilização de grande parte do seu tempo e dedicação na formação e educação dos elementos da sua equipe.

Com 81% de respostas consideradas como de extrema importância, a variável A13, que trata da humildade como uma das atitudes inerentes ao Enfermeiro, parece indicar, com expressividade, a busca permanente pela reflexão e autocrítica de cada profissional no âmbito da sua atuação.

A humildade, como conceito aplicado ao gerenciamento, indica a exata dimensão do reconhecimento individual das suas próprias limitações; indica a auto-análise permanente, onde a admissão de suas limitações deve apontar para uma

busca de colaboração e a disposição para aprender. Sem caracterizar a humildade como sinônimo de subserviência ou dependência, dentro de um enfoque depreciativo, que muitas vezes lhe é atribuído, retrata, indiscutivelmente, a busca do aperfeiçoamento pessoal. Assim, a variável A7, que aponta o saber estudar, com 81% de respostas consideradas como de extrema importância, confirma esta característica por indicar, expressivamente, a necessidade da busca de conhecimentos, quer do ponto de vista cognitivo, mas, principalmente, com relação ao auto-desenvolvimento das atitudes comportamentais.

5.5 ANÁLISE TEMÁTICA DE CONTEÚDO DAS QUESTÕES ABERTAS.

Baseado na análise temática de conteúdo de Trivinos (1987) abordaremos a seguir a discussão da descrição analítica das questões abertas do instrumento de pesquisa, já citadas no percurso metodológico deste estudo.

Primeiramente, escolhemos as informações a serem analisadas de acordo com os objetivos da pesquisa e realizamos a organização destes através da leitura e seleção por semelhança de colocações.

Posteriormente, estudamos mais profundamente o material que foi pré-analisado, classificando-o por semelhança de respostas que tiveram coerência com a pergunta realizada. Passamos para categorizar as respostas encontradas no instrumento, de onde surgiram quadros para as respostas encontradas, que optamos por descrever em categorias e subcategorias, gerando duas tabelas que se encontram como anexo C e D desta pesquisa.

Em seguida, aprofundamos nossa análise tratando de desvendar o conteúdo latente que as escritas possuem. Este abriu perspectivas, sem excluir as informações estatísticas, para descobrir ideologias e tendências dos fenômenos sociais.

Neste sentido é que nos levou inferir que tipo de perguntas que fizemos no instrumento de pesquisa, nos itens de conhecimentos, habilidades e atitudes que levou os profissionais enfermeiros imediatamente a perceberem a falta do tema intersetorialidade e de teorias de relações humanas, pois nas questões abertas

puderam expressar que consideram este assunto importante no gerenciamento do SUS e que deva ser de domínio do enfermeiro do PSF.

Iniciaremos a análise inferindo sobre a necessidade de trabalhar intersetorialmente, a fim de fortalecer o SUS, uma vez que as diversas políticas públicas influenciam na saúde das pessoas.

Neste contexto, se faz necessário perceber a multicausalidade do processo saúde-doença, seja físico, mental ou social, tanto individual, como coletivo, contextualizando o indivíduo em seu meio familiar e social, ou seja, abordando a saúde do indivíduo de uma forma integral. Para tanto, discutir saúde, pressupõe abordar todas as políticas públicas do país de maneira intersetorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Neste contexto, os profissionais de saúde que atuam no PSF precisam possuir um perfil adequado para este novo modelo de atenção, desenvolvendo competências que compreende conhecimentos, habilidades e atitudes, de forma a integrar estas competências no seu processo diário de trabalho.

O Ministério da Saúde(2001) coloca como competências requeridas ao profissional enfermeiro a habilidade de articular-se com outros setores da sociedade e movimentos sociais organizados, integrando as ações que contribuam com a qualidade de vida da população, família e indivíduo, bem como deve conhecer a rede institucional local existente e possível alternativas de recursos sociais, articulando e promovendo, permanentemente, possíveis propostas de ações integradas para a melhoria constante de saúde da população.

Quando observamos a Tabela 8 deste estudo, podemos inferir algumas questões, como: não foi considerado de extrema importância por todos os entrevistados ter conhecimento das políticas de saúde, bem como conhecer a missão e os objetivos da instituição de saúde, no entanto classificaram com de muita importância.

Partimos do pressuposto que primordialmente se faz necessário conhecer em que política de saúde estamos atuando, se em uma prática assistencial baseada na abordagem biológica, individualista, mercantilista e hospitalocêntrica, associada à utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes, ou se em uma prática baseada na multicausalidade do processo saúde-doença, abordando a saúde do indivíduo de maneira integral.

Fato este nos faz pensar não ser possível trabalhar de maneira intersetorial sem conhecer quais pressupostos estão sendo utilizados na construção desta política, pois, quando falamos em processo saúde-doença, cabe refletir em intersetorialidade, pois acreditamos estar intrínseco os dois conhecimentos.

Cabe assinalar, ainda, que o PSF pressupõe o envolvimento da equipe multiprofissional e da comunidade, bem como articulação intersetorial, que possibilitem intervenções na saúde, visando, também, melhorias no meio ambiente natural e social (TAVARES, 2000).

Conhecer as políticas de saúde, bem como as políticas intersetoriais do município, se torna fundamental para garantir que as ações de saúde possam acontecer, pois devemos ter uma visão sistêmica e integral do indivíduo e da família. Só assim conseguiremos, verdadeiramente, atuar de maneira a garantir as necessidades de saúde de uma população neste novo modelo de atenção à saúde.

Como já descrevemos anteriormente, deduzimos que seja de fundamental importância conhecer as políticas intersetoriais, bem como praticar e aplicar tais políticas no cotidiano de trabalho dos profissionais enfermeiros do PSF, fato este que identificamos nas respostas do instrumento de pesquisa, quando os enfermeiros descrevem que: "...assumem co-responsabilidade". Isso nos leva a correlacionar o fato que quando se co-responsabilizam com o processo saúde-doença da população, estão efetivamente praticando uma política intersetorial, assim como, quando dizem que "o PSF não está centralizado nos programas e sim nos problemas existentes na comunidade", visualizamos a aplicabilidade de uma política intersetorial no cotidiano de trabalho destes profissionais.

Reforçando, o Ministério da Saúde (2001) coloca como habilidade necessária do profissional enfermeiro do PSF o desenvolvimento de ações que possibilitem identificar as formas que os indivíduos, as famílias e a população utilizam para resolver seus problemas de saúde, bem como cabe articular intra e intersetorialmente a elaboração e desenvolvimento de um plano de ações em saúde.

Constatamos, ainda, que suas respostas nos remetem para uma visão ampliada, entendendo saúde como sendo um processo e que a intersetorialidade passa por compor este processo.

Inferimos, então, que o PSF oferece uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento desta política de intersetorialidade, tão necessária para garantir

esta mudança de modelo assistencial, bem como garantir na sua essência os princípios e diretrizes dos SUS.

Portanto, cabe a todos os profissionais da equipe de saúde, em especial o enfermeiro que é o foco deste estudo, trabalhar em consonância com esta política, ou seja, trabalhar cotidianamente na lógica intersetorial, para que possamos experimentar efetivamente um processo de transformação social.

No entanto para que isso ocorra se faz necessário capacitar os profissionais do PSF e manter educação permanente, desenvolvendo competências profissionais baseadas no perfil adequado para este modelo de atenção a saúde.

Se triangularmos esta inferência com o início da análise dos dados, onde identificamos o perfil dos profissionais, poderemos correlacionar que nossa população é jovem, apresentando uma idade média de 30,7 anos.

Observa-se que a maioria possui menos de cinco anos de formação, o que nos leva a deduzir que possuem pouco tempo de atuação neste campo. Isto indica que o PSF está se apresentando muitas vezes como o primeiro estágio da trajetória profissional destes enfermeiros.

Também podemos inferir neste cenário que existe uma perspectiva de relação direta entre o tempo de formação, as competências adquiridas na graduação e a necessidade de qualificação específica e permanente destes profissionais em saúde comunitária.

Segundo a proposta formadora do Ministério da Saúde (2001) com um enfoque construtivista do aprendizado, baseado em competências, este contexto formador poderá atuar na mudança prática do perfil destes profissionais, condição esta que já discutimos ser fundamental para a consolidação do PSF/SUS.

Com o fato de termos uma população jovem e com pouca experiência de atuação na área, podemos dizer que foram estes condicionantes que os levaram a busca de capacitação, pois constatamos que 50% dos entrevistados cursaram ou estão cursando no momento da pesquisa, pós-graduação na área de saúde da família.

Pode-se pressupor que este indicador leve à permanência e desenvolvimento desses profissionais na estratégia Saúde da Família.

Segundo o Ministério da Saúde (2001) a educação que se almeja está ligada ao processo de construção do conhecimento, tomando-se por base, de forma permanente, a aprendizagem como um processo de reflexão crítica a síntese, a

análise e a aplicação de conceitos voltados para a efetiva construção do conhecimento.

Na continuidade desta análise, abordaremos a seguir a necessidade fundamental do enfermeiro do PSF possuir conhecimentos, habilidades e atitudes para trabalhar as relações humanas e interpessoais, visto que trabalha essencialmente com pessoas, quer na atividade com a equipe multiprofissional, quer na atividade com o usuário.

O enfermeiro tem uma abrangência muito ampla do seu fazer, pois ele na verdade, trabalha com três esferas de relações: uma esfera organizacional que são todas as hierarquias na qual ele se desenvolve como enfermeiro, uma esfera assistencial que seria a população que ele vai prestar sua assistência e uma esfera das relações interprofissionais que são aquelas com os componentes de sua equipe de trabalho.

A estratégia de Saúde da Família propõe uma nova dinâmica de relação dos profissionais da saúde com a comunidade, criando vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhada. Nesta concepção, o contexto familiar e social torna-se objeto da atuação setorial e não deve ser visto como uma proposta pontual no tempo e no espaço. Objetiva gerar novas práticas, onde se firme o estabelecimento de novas relações entre os profissionais e o usuário: a família contextualizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

As habilidades interpessoais assumem um caráter extremamente importante nas instituições em que o trabalho em equipe é uma constante, fazem com que os gerentes se tornem hábeis na condução de processos interdisciplinares (LAZZAROTTO, 2001).

A mesma autora ainda coloca que um dos papéis fundamentais do gerente é o de relacionar-se com as pessoas, comunicar-se com a equipe e com a organização, levando o grupo sinergicamente. Portanto, o gerente deve ser aberto ao diálogo, à negociação e alcançar a concordância do grupo.

Importante salientar que apesar das lutas de poder que permeiam as relações de trabalho dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde, as questões de poder que perpassam a profissão de enfermagem e as disputas de espaço e de prestígio profissional, principalmente com a figura do médico, o estabelecimento de um relacionamento interpessoal positivo deve ser um esforço

conjunto a partir da compreensão da complexidade da questão (SILVA E SANTOS, 2003).

Evidenciamos a importância que o profissional enfermeiro estabelece ao relacionamento interpessoal positivo com a equipe e o usuário, quando explicita em sua reposta a necessidade de “ter capacidade de estabelecer movimentos de solidariedade e compartilhar situações e acontecimentos do trabalho com a equipe”, bem como ele acredita ser fundamental ao gerente a “capacidade de saber gerenciar conflitos, quando estes ocorrerem”.

Não obstante das competências gerenciais, os profissionais enfermeiros integrantes deste estudo, afirmam que uma das habilidades inerentes ao enfermeiro do PSF é a “capacidade de motivar a equipe de saúde e a comunidade”.

Porém, resgatando a análise da tabela 10, verificamos que a participação dos profissionais junto aos conselhos e comissões de saúde, bem como o incentivo para participação não foram apontados como sendo de extrema importância. Isso nos leva a deduzir que não existe clareza por parte de nossos entrevistados quanto a esta questão específica de motivação da comunidade e equipe de saúde.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES

Este estudo teve como objetivo identificar as competências gerenciais requeridas do enfermeiro do Programa Saúde da Família na percepção dos próprios enfermeiros. Foi desenvolvido por meio de pesquisa exploratória, com análise quantitativa e qualitativa dos dados, conforme proposto na metodologia.

Nas dezenove variáveis do conhecimento, somente duas foram pontuadas como de extrema importância por todos os enfermeiros. Elas referem-se ao conhecimento que a equipe deve possuir da clientela com que está trabalhando, ou seja, quem são estes usuários do PSF/SUS e qual o perfil epidemiológico desta comunidade. Este fato revela que nossos enfermeiros estão voltados para uma prática não mais centrada na atenção pura e simplesmente curativa e sim com uma visão ampliada do processo saúde-doença, pois quando reconhecem a necessidade de conhecer a clientela adstrita, bem como, o perfil de morbi-mortalidade da comunidade, estão apontando para conhecimentos necessários ao gerenciamento e ao planejamento das ações de saúde.

Seguidamente, com expressiva indicação de importância, os profissionais pontuam o conhecimento dos princípios e políticas de saúde, o que inferimos ser fundamental, uma vez que se torna impossível atender a esta estratégia não conhecendo seus princípios e diretrizes.

O perfil adequado do profissional para atuar no PSF está em permanente construção, uma vez que o aparelho formador se reformula para atender a necessidade do contexto atual, baseando-se no enfoque construtivista do aprendizado.

Também foi reconhecida pelos enfermeiros a necessidade de conhecer claramente as atribuições de cada membro da equipe de saúde, o que correlacionamos com possuir habilidade para comunicar-se de forma adequada e de promover e manter o relacionamento com equipe e usuários, bem como a atitude de privilegiar o trabalho em equipe.

Este conjunto de competências que requerem conhecimentos, habilidades e atitudes por parte de nossos profissionais demonstram sua preocupação no que tange a importante função de gerenciar uma equipe multidisciplinar, atribuição esta descrita em varias publicações oficiais do Ministério da Saúde.

O instrumento de coleta de dados desta pesquisa abordou dezesseis variáveis que se referiam às habilidades necessárias a um enfermeiro gerente. Dentre elas, duas se destacam como sendo consideradas de maior relevância: saber comunicar-se e saber identificar problemas.

Percebemos que há clareza por parte de nossos entrevistados que um dos papéis fundamentais do gerente é o de relacionar-se com as pessoas, comunicar-se com a equipe, portanto o gerente deve ser aberto ao diálogo.

Unindo-se a esta inferência, das vinte e duas variáveis de atitudes apontadas pelo instrumento, somente uma atingiu a unanimidade dos respondentes, classificando-a como de extrema importância, pois consideram fundamental privilegiar o trabalho em equipe.

Podemos concluir, então, que este estudo atingiu os objetivos propostos de identificar e analisar as competências gerenciais requeridas do enfermeiro do Programa Saúde da Família na percepção dos próprios enfermeiros. Com isso, este estudo nos permitiu discutir amplamente tal tema.

Acreditamos que este estudo possa ser utilizado como ferramenta de transformação na construção de propostas de educação permanente baseada nas competências dos profissionais enfermeiros das equipes de Saúde da Família, adequando estes profissionais ao perfil desejado para trabalhar na Estratégia Saúde da Família, mantendo, com isso, a solidificação desta política de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECKER, L.C.;LEITE, D.S.;DUARTE,J. **Competências Gerenciais Requeridas do Enfermeiro no Programa Saúde da Família**. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro de ciências da Saúde. UNIVALI. Itajaí. 2004.

BOOG, G. G. **O desafio da competência: como enfrentar as dificuldades do presente e preparar sua empresa para o futuro**. São Paulo: BEST SELLER, 1991.

BRANDÃO, H.P. **Gestão Baseada em Competncias: um estudo sobre competências profissionais na industria bancária**. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade de Brasília- UnB, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica:** programa saúde da família. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Competências para o Trabalho em uma Unidade de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família: Medico e Enfermeiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório Final.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2° ed. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família: Novos Horizontes.** Brasília: Ministério da Saúde,Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, ano II, n. 04, jan. 2002.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia cientifica**. 5º ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHIESA, A. M. A promoção de saúde como eixo estruturado do tratamento de enfermagem no Programa Saúde da Família. **Nursing**, Barueri, a. 06, n 64, p. 40-46, set. 2003.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUZA, M. F. Enfermagem, academia e saúde da família: diálogo possível em torno da formação e a defesa da equidade como eixo

norteador. In: **Revista Brasileira de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, ano II, n. 04, jan. 2002.

CIAMPONE, M.H.T.;PEDUZZI,M.Trabalho em Equipe e Trabalho em Grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v 53, n especial, p. 49-59, dez. 2000.

CONSELHO Federal de Enfermagem - COFEN**. Código de ética dos Profissionais de enfermagem**. Disponível em: < www.holdingsaude.com.br/geral/profiss/cdet_enf.htm > Acessado em 18/06/04.

CONSELHO Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** (s.l.): (s.e.), (s.d.). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/res196.96htm> Acesso em: 22 maio.2003.

DRUCKER, P. F. **O Líder do Futuro.** 10ª ed. Editora Futura. São Paulo, 1996.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5° ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRAMIGNA, M. R.; **Modelo de Competências e Gestão de Talentos**. São Paulo: Makron Books, 2002.

HARB, M. C. S.; SHIMANKO, T. **Funções que o enfermeiro desenvolve no PSF**. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde. Univali. Itajaí, 2004.

KURCGANT, P. Administração em Enfermagem. São Paulo. E.P.U., 1991

LAZZAROTTO, E. M. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde.** Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestre em Engenharia da Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

MANDELLI, M. J; FEKETE, M. C. A Administração Estratégica em Unidade de Saúde. In. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde**. Brasília: OPAS/OMS; p. 252-256. 1987.

MARAN, E. **Auditoria da Assistência de Enfermagem: influencia na qualidade dos serviços prestados. Enfermeira da UTI de um Hospital.** Disponível em: www.pec.uem.br/dcu/Trabalhos/6laudas/MARAN,%20Edilaine. Acessado em: 25-05-04.

MARTINS,C.L.;FORTES, P.A.C.A Ética, a Humanização e a Saúde da Família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v 53, n especial, p. 49-59, dez. 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3° ed. São Paulo/ Rio de janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1994.

MOSCOVICI, F. Equipes Dão Certo: a Multiplicação do Talento Humano. 3ª ed. Editora José Olympio. Rio de Janeiro, 1996.

MUNARI, D.B.; BEZERRA, A.L.Q. Inclusão da Competência Interpessoal na Formação do Enfermeiro como Gestor. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v 57, n 4, p. 484-486, jul/ago. 2004.

NERI, A. A. **Gestão de RH por Competências e a Empregabilidade.** Campinas: Papirus, 1999.

NEWMAN, W. H. **Ação administrativa**: as técnicas de organização e gerência. São Paulo: Atlas, 1979.

PEREIRA, j. **Análise de dados Qualitativos**. São Paulo: Edusp, 1999.

QUINN, E. R. et al. **Competências gerenciais**: princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

REBELO, P. A. P. **Qualidade em Saúde:** modelo teórico, realidade, utopia e tendência. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.

RESENDE, Enio J., **A Força e o Poder das Competências: conecta e integra: competências essenciais, competências das pessoas, competências de gestão, competências organizacionais**. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2004.

RESENDE, Enio J., **O livro das competências**: desenvolvimento das competências: a melhor auto-ajuda para pessoas, organizações e sociedade. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2003.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** 3° ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROPÉ, F.; TANGUY, L. **Saberes e Competências**: o uso de tais noções na escola e na empresa. Campinas: Papirus, 1994.

SANTANA, J.P. et alli. A Negociação como Instrumento de Gerência nos Serviços de Saúde. In. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde**. Brasília: OPAS/OMS; p. 187-203. 1987.

SANTOS, B. R. L. et al. Formando o Enfermeiro para o Cuidado à Saúde da Família: um Olhar sobre o Ensino de Graduação. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v 53, n especial, p. 49-59, dez. 2000.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SC. **Informações básicas para gestores.** Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2000, p. 06-17.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SC. **SUS-Sistema Único de Saúde: Legislação Básica.** Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2002.

SILVA, J. da; SANTOS, A. da S. Opinião da população de Rio Grande da Serra sobre o Programa Saúde da Família. **Nursing,** Barueri, n. 64, a. 6, p. 21-26, set. 2003

SOUZA, M. F. A Enfermagem Reconstruindo sua Prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v 53, n especial, p. 25-30, dez. 2000.

TAVARES, D. M. S; IWAMOTO, H. H.; MENDES, I. J. M. Curso Introdutório para as Equipes Básicas de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v 53, n especial, p. 81-85, dez. 2000.

TAVARES, D.M.S.;IWAMOTO, H. H.;MENDES, I. J. M. Curso Introdutório para as Equipes Básicas do Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v 53, n especial, p. 49-59, dez. 2000.

TEIXEIRA, C**. Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.** São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

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

ZARAFIAN, P. **O modelo da competência**: trajetória, desafios atuais e propostas; tradução Eric Roland René Heneault. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2003.

ZARAFIAN, P. **Objetivo competência**: por uma nova lógica; tradução Maria Helena C.V. Trylinski. São Paulo: Atlas, 2001.

ZIEMER, R. **Mitos Organizacionais: O Poder indivisível na Vida das Empresas**. São Paulo, Atlas. 1996

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVALI

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação em um estudo sobre a "PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE SUAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA".

Através deste estamos convidando você para participara de um estudo sobre **"**Percepção do Enfermeiro sobre suas Competências Gerenciais no Programa Saúde da Família". Nosso objetivo é conhecer as competências gerenciais requeridas dos enfermeiros do PSF no município de Itajaí – SC.

A justificativa desta pesquisa apóia-se nas contribuições para a qualidade dos resultados de serviço, refletindo-se no cuidado da saúde das famílias e da população levando a uma potencialização dos aspectos gerenciais orientados às diretrizes do SUS.

A metodologia inclui várias etapas: coleta, análise e discussão dos achados.

Sinta-se completamente livre para decidir participar ou não, mas ressaltamos a importância de sua contribuição. Outrossim, esclarecemos que: seu anonimato está garantido; as informações serão sigilosas; a não participação não acarretará nenhum prejuízo a sua pessoa; as informações e resultados obtidos ficarão a sua disposição; sua participação não acarretara qualquer desconforto, risco, dano ou ônus a sua pessoa; aos benefícios esperados relacionam-se as obtenções da melhor qualidade da assistência prestadas a partir da reflexão sobre a assistência de enfermagem no PSF. Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação de conhecimento sobre o tema. Caso concorde com estes termos, solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento, conforme segue.

Eu,

_____

___ Documento n º _____ declaro que consinto, de forma livre e esclarecida, a participar do estudo "PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE SUAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA", desenvolvido sob a responsabilidade da Enfermeira vinculada a Prefeitura Municipal de Itajaí, Fabiana Bianchet de Souza Neves, aluna do Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho – do Centro de Educação em Ciências da Saúde, da Universidade do Vale do Itajaí - SC, conforme objetivos e metodologia expostos.

Itajaí, _____ / _____ / 2005.

_____

Assinatura

APÊNDICE B

Nº_____

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE SUAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

Caro colega estamos realizando um trabalho de investigação que pretende contribuir para identificar as competências gerenciais do enfermeiro do PSF na consolidação do SUS. Para concretizar este objetivo precisamos de sua colaboração. Solicitamos que você disponibilize um tempo para responder este instrumento.

Assinando o termo de consentimento livre esclarecido, em nenhum momento você será identificado, porque o termo não é grampeado na mesma folha do questionário.

Solicito sua colaboração no sentido de responder todas as questões deste instrumento, visto que o não preenchimento completo das questões dificultará atingir o objetivo desta pesquisa que é identificar as competências gerenciais requeridas do enfermeiro do PSF.

1 <u>Dados de identificação</u>

1.1 Sexo: Mas ( ) Fem ( )

1.2 Idade_____

1.3 Tempo de formado (em anos): _____

1.4 Tempo de atuação no PSF como enfermeiro (em anos): _____

1.5 Tempo de serviço na Saúde Pública (em anos): _____

1.6 Pós-Graduação (especifique):

( ) Especialização: _____
( ) Mestrado: _____
( ) Doutorado: _____
( ) Nenhuma

1.7 Cursos realizados relacionados com o PSF (pode assinalar mais de uma opção):

( ) Curso introdutório do PSF de 40 hrs
( ) Aperfeiçoamento do PSF
( ) Especialização do PSF
( ) Outros cursos (citar): _____

Orientações

O preenchimento do questionário deverá ser realizado assinalando um “X” sobre uma única opção do grau de importância que o participante acha adequado. Desta forma, cada item receberá do participante um escore de 01 a 05, assim definido de acordo com a seqüência abaixo:

01-sem importância;

02-pouca importância;

03-relativa importância;

04-muita importância;

05-extrema importância;

Referencial teórico utilizado nesta pesquisa

O termo competência está baseado em três dimensões: conhecimentos, habilidades e atitudes, definindo conhecimento como sendo uma série de informações entendidas e incorporadas pelo indivíduo. Habilidade refere-se à capacidade que um indivíduo possui em ampliar e fazer uso do conhecimento aprendido. Atitude conceitua-se como sendo as condições complexas do ser humano, que afetam o estado comportamental das pessoas, referem-se as questões sociais e afetivas relativas ao trabalho (HARB, 2001).

Para interesse deste estudo, cabe esclarecer que competências gerenciais são capacitações mais específicas da competência de gestão, sendo a articulação destas três dimensões (conhecimentos, habilidades e atitudes) direcionadas as diversas situações de gestão (REZENDE, 2003).

2 <u>Conhecimentos necessários para ser competente no gerenciamento da Unidade de Saúde da Família</u>

		Grau de Importância				
C1	Conhecer as políticas de saúde	1	2	3	4	5
C2	Conhecer os princípios que regem o PSF	1	2	3	4	5
C3	Conhecer a missão e os objetivos da instituição de saúde	1	2	3	4	5
C4	Conhecer a comunidade da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família	1	2	3	4	5
C5	Conhecimento do perfil epidemiológico da área da Abrangência da Unidade de Saúde da Família	1	2	3	4	5
C6	Conhecer os sistemas de informação utilizados para o Planejamento de ações (SIAB, SISVAN, SISPRENATAL, SINASC, etc).	1	2	3	4	5
C7	Conhecer o desenvolvimento da programação da Unidade Básica de Saúde e Unidades de Saúde da Família	1	2	3	4	5
C8	Conhecer as instalações físicas	1	2	3	4	5
C9	Conhecer normas de gerência e administração participativa	1	2	3	4	5
C10	Conhecer as atribuições de cada membro da Equipe de Saúde de Família	1	2	3	4	5
C11	Conhecimento dos equipamentos, materiais de consumo, Medicamentos e imunobiológicos	1	2	3	4	5
C12	Conhecimento de normas e procedimentos	1	2	3	4	5
C13	Conhecimentos de avaliação dos serviços de saúde	1	2	3	4	5
C14	Conhecimento do trabalho da assistência em serviços de Saúde	1	2	3	4	5
C15	Conhecimento de gestão de trabalho dos serviços de saúde	1	2	3	4	5
C16	Conhecimento do processo gerencial na utilização de Recursos como meio de produção	1	2	3	4	5
C17	Conhecimentos da administração estratégica da Unidade de Saúde da Família	1	2	3	4	5
C18	Conhecimento da qualidade do serviço prestado pela Unidade De Saúde da Família	1	2	3	4	5
C19	Conhecimento de padrões éticos em saúde	1	2	3	4	5

C2.1 Por favor, inclua outros CONHECIMENTOS sobre gerenciamento do PSF, que você considera importantes e que não foram selecionados para compor este instrumento. COMENTE. SUGIRA.

_____

_____

_____

_____

_____

3 <u>Habilidades necessárias para ser competente no gerenciamento da Unidade de Saúde da Família</u>

		Grau de Importância				
H1	Saber comunicar-se de forma adequada e de promover e manter o relacionamento com a equipe e usuários	1	2	3	4	5
H2	Saber integrar conhecimentos existentes	1	2	3	4	5
H3	Saber identificar problemas	1	2	3	4	5
H4	Saber encontrar solução para os problemas	1	2	3	4	5
H5	Saber usar criatividade no seu trabalho e com a equipe	1	2	3	4	5
H6	Saber usar empatia com a equipe e usuários	1	2	3	4	5
H7	Saber usar sua intuição no desenvolvimento do trabalho	1	2	3	4	5
H8	Saber desenvolver o trabalho em equipe	1	2	3	4	5
H9	Saber motivar a equipe	1	2	3	4	5
H10	Saber usar o planejamento como prática gerencial	1	2	3	4	5
H11	Saber negociar com a equipe, superiores e usuários	1	2	3	4	5
H12	Saber inovar e ser agente de mudanças	1	2	3	4	5
H13	Saber gerenciar os programas desenvolvidos e a equipe de trabalho	1	2	3	4	5
H14	Saber liderar a equipe e a comunidade	1	2	3	4	5
H15	Saber articular conhecimentos de diferentes áreas	1	2	3	4	5
H16	Saber utilizar habilidades para treinamento da equipe	1	2	3	4	5

H3.1 Por favor, inclua outras HABILIDADES sobre gerenciamento do PSF, que você considera importantes e que não foram selecionados para compor este instrumento. COMENTE. SUGIRA.

_____

_____

_____

_____

_____

4 <u>Atitudes necessárias para ser competente no gerenciamento da Unidade de Saúde da Família</u>

		Grau de Importância				
A1	Ser justo com sua equipe e usuários	1	2	3	4	5
A2	Ser afetivo, dando atenção para a equipe e usuários	1	2	3	4	5
A3	Ser aberto a negociação	1	2	3	4	5
A4	Ser aberto a mudanças	1	2	3	4	5
A5	Ser comunicativo	1	2	3	4	5
A6	Ser criativo e estimular a criatividade da equipe	1	2	3	4	5
A7	Saber estudar	1	2	3	4	5
A8	Ser aberto ao diálogo	1	2	3	4	5
A9	Ser facilitador do trabalho com a equipe e grupos da comunidade	1	2	3	4	5
A10	Desenvolver a iniciativa e a autonomia da equipe e comunidade	1	2	3	4	5
A11	Ser um líder educador	1	2	3	4	5
A12	Ter envolvimento com o trabalho, com a equipe e comunidade	1	2	3	4	5
A13	Que demonstre humildade	1	2	3	4	5
A14	Que privilegie o trabalho em equipe	1	2	3	4	5
A15	Que saiba resolver problemas	1	2	3	4	5
A16	Que saiba aceitar críticas	1	2	3	4	5
A17	Ter visão de conjunto	1	2	3	4	5
A18	Ter clareza de qual deverá ser sua atuação	1	2	3	4	5
A19	Ter raciocínio lógico	1	2	3	4	5
A20	Ter compromisso e responsabilidade	1	2	3	4	5
A21	Ser ético com a equipe, superiores e usuários	1	2	3	4	5
A22	Incentivar e participar do Conselho Municipal/Comissão Local de Saúde	1	2	3	4	5

A4.1 Por favor, inclua outras ATITUDES sobre gerenciamento do PSF, que você considera importantes e que não foram selecionados para compor este instrumento. COMENTE. SUGIRA.

_____

_____

APÊNDICE C

DESCRIÇÃO ANALÍTICA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	DESCRIÇÃO
Políticas Intersetoriais	Conhecer Políticas Intersetoriais	“Conhecer Políticas Intersetoriais no Município”.
Políticas Intersetoriais	Prática de Políticas Intersetoriais	“...acontecimentos do trabalho, Assumindo co-responsabilidade”.
Políticas Intersetoriais	Aplicabilidade da Intersetorialidade	“A lógica do PSF não se centraliza nos programas e sim nos problemas existentes na comunidade”.

APÊNDICE D

DESCRIÇÃO ANALÍTICA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	DESCRIÇÀO
Relações Humanas	Teorias das Relações Humanas	“Conhecer o Perfil dos Profissionais para Trabalhar na Equipe de Saúde da Família”.
Relações Humanas	Prática das Teorias das Relações Humanas	“Capacidade de estabelecer movimentos de solidariedade, compartilhar situações e acontecimentos do trabalho”. “Saber gerenciar conflitos”. “Saber motivar a equipe e a comunidade”.
Relações Humanas	Relacionamento Interpessoal	“Ser honesto”. “Ter equilíbrio emocional”.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo