



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Fernandes, Josieli Cano; Cordeiro, Benedito Carlos;  
Rezende, Aline Costa; Freitas, Dandara Soares de  
Competências necessárias ao gestor de Unidade de  
Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro  
Saúde em Debate, vol. 43, núm. 6, Esp., 2019, pp. 22-35  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S602>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369066003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://redalyc.org)

UAEM [redalyc.org](http://redalyc.org)

Sistema de Informação Científica Redalyc  
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa  
acesso aberto

# Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro

*Necessary skills for the Family Health Units manager: a clipping of the nurse's practice*

Josieli Cano Fernandes<sup>1</sup>, Benedito Carlos Cordeiro<sup>1</sup>, Aline Costa Rezende<sup>1</sup>, Dandara Soares de Freitas<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S602

**RESUMO** Estudo qualitativo descritivo exploratório com objetivo de analisar e discutir as competências necessárias ao gerente de Atenção Primária à Saúde (APS). Teve como cenário as Unidades de Saúde da Família de Angra dos Reis e como participantes da pesquisa dez enfermeiros estatutários que exerciam a função de gerente havia mais de um ano. Os dados foram produzidos por meio de grupo focal e ponderados com base na análise de conteúdo de Bardin. Do estudo, emergiram três categorias: Competências gerenciais relativas à liderança; Competências gerenciais relativas à gestão de recursos e do cuidado; Competências gerenciais relativas à mobilização de recursos cognitivos e afetivos. Os achados apontam que as competências descritas pelos participantes se alinham às narradas em outros estudos e evidenciam a necessidade de investir em uma formação que permita refletir e buscar desenvolvimento de competências gerenciais para os gerentes de APS, pois a categoria mostra-se em construção, necessitando de aprimoramento e reconhecimento formal que ultrapassem portarias ministeriais. A esses achados, relaciona-se o pensamento de Paulo Freire como embasamento para a Educação Permanente, estratégia de mudança da realidade encontrada.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Competência profissional. Organização e administração. Administração de serviços de saúde.

**ABSTRACT** Exploratory descriptive qualitative study with the objective of analyzing and discussing the necessary competencies for the Primary Health Care (PHC) manager. The scenario was the Family Health Units of Angra dos Reis and as participants of the research there were 10 statutory nurses who had been working as managers for over a year. Data were produced through focus group and weighted based on Bardin content analysis. Three categories emerged from the study: Leadership management skills; Managerial skills relating to resource management and care; Managerial skills related to the mobilization of cognitive and affective resources. The findings indicate that the competences described by the participants are in line with the narratives in other studies and highlight the need to invest in a training that allows reflecting and seeking development of managerial skills for PHC managers, as the category is under construction, requiring improvement and formal recognition beyond ministerial ordinances. These findings are related to Paulo Freire's thought as a basis for Permanent Education, a strategy for changing the reality found.

**KEYWORDS** Primary Health Care. Family Health Strategy. Professional competence. Organization and administration. Health services administration.

<sup>1</sup> Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) – Niterói (RJ), Brasil. [bcordeiro@id.uff.br](mailto:bcordeiro@id.uff.br)



## Introdução

Os serviços de saúde têm particularidades que suscitam exigências singulares em termos de organização e gestão, pois atendem a necessidades complexas e variáveis que têm dimensões biopsicossociais, cuja definição varia em função da classe social e das respectivas representações da saúde, da doença, da morte, da clientela e do tipo de problema. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) trazem um panorama ainda mais abstruso, pois são nelas que os problemas de saúde são, em grande parte, identificados, atendidos ou encaminhados para outros níveis de atenção, uma vez que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial na rede de atenção à saúde e a coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1-5</sup>.

Ator fundamental para a operacionalização dos serviços de APS é o gerente, que, literalmente, tem como atribuições o planejamento em saúde de acordo com as necessidades do território e da comunidade, a organização do processo de trabalho, a coordenação e a integração das ações. Demanda-se bem mais que vontade política e senso comum, requer uma base de conhecimentos das áreas da saúde e da administração, visão geral do contexto em que se insere compromisso social com a comunidade, além de um conhecimento sólido dos fundamentos que alicerçam os sistemas de serviços de saúde<sup>1-10</sup>.

De tal modo, faz-se indispensável ao gerente dispor de uma série de competências gerenciais a fim de otimizar e maximizar os recursos existentes, de liderar e agregar valor, de aumentar o potencial de sua equipe e de conjugar esforços para utilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos com o objetivo de aumentar a resolutividade do serviço, minimizar conflitos, superar as limitações que o serviço apresenta e prestar assistência baseada nos princípios do SUS<sup>6-10</sup>.

As competências gerenciais constituem um dos principais pilares de uma organização. Define-se competência como o conjunto

de características percebidas nas pessoas que envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes que levam a um desempenho superior. Os componentes necessários às competências envolvem o conhecimento, o 'saber' adquirido; as atitudes, que são ligadas à personalidade; e as habilidades, o 'saber fazer', isto é, o saber fazer colocado em prática, portanto a competência de mobilizar recursos. Ou seja, a capacidade comportamental de agir apropriadamente, utilizando o conhecimento previamente adquirido<sup>9-11</sup>.

Considerando o panorama atual do trabalho em saúde, em que a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) insere o gerente na Equipe de Saúde da Família; e, entre os profissionais que atuam na área da saúde, os enfermeiros, em sua prática cotidiana, costumam assumir as funções de gerência, apostase na necessidade de analisar e discutir as competências reconhecidas pelos enfermeiros como necessárias para a sua prática gerencial em Unidades de Saúde da Família (USF). Para isso, utiliza-se o pensamento de Paulo Freire que a educação liberta por meio de reflexões e ações emancipatórias como referencial teórico.

## Material e métodos

Trata-se de um recorte da pesquisa 'Educação Permanente em Saúde: estratégia para o fortalecimento de competências gerenciais dos enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde' proveniente do mestrado profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal Fluminense. Possui abordagem qualitativa do tipo descritivo exploratório que teve como cenário as USF de Angra dos Reis.

No momento do estudo, o município possuía 47 USF, o que representava cobertura populacional pela saúde da família maior que 75%. A função gerencial não era instituída e era realizada em quase todas as unidades pelo enfermeiro, que se dividia entre administração de unidade e assistência.

Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros gerentes das USF submetidos aos

critérios de inclusão (profissional estatutário a mais de um ano exercendo a função de gerente por se acreditar que, após esse período, o enfermeiro tenha conhecimento da área adscrita e esteja familiarizado com os fluxos da atenção básica) e exclusão (profissional não submetido a concurso público e afastado da gerência da unidade no momento da coleta de dados). Para manter o sigilo, os participantes foram codificados utilizando-se índice alfanumérico conforme o retorno de suas respostas. No momento da coleta, existiam 16 enfermeiros enquadrados nos critérios de inclusão e exclusão; e 10 deles se propuseram a participar da pesquisa, correspondendo a 62,5% dos convidados.

Para a coleta de dados, foi utilizado o grupo focal que foi gravado em aplicativo de androide e transcrito retirando os vícios de linguagem. A gravação das falas se deu para que nenhuma informação fosse perdida durante o grupo focal, o que possibilitou melhor interpretação do diálogo, assegurou a fidedignidade das informações e enriqueceu a coleta dos dados. O pesquisador responsável teve a função de moderador/coordenador do grupo focal, responsabilizando-se pelo preparo e instrumentalização em todas as fases do processo. O grupo focal foi norteado e problematizado pela seguinte questão: 'Quais as competências gerenciais necessárias a um gerente de UBS/USF?'.

Os dados foram ponderados pelos pesquisadores com base na análise de conteúdo seguindo os princípios de Bardin e da análise temática. Para chegar às categorias, adotaram-se alguns movimentos metodológicos. Após a transcrição, leitura e análise das falas, ocorreram a definição e a contabilização das Unidades de Registro (UR), delas se construiu as Unidades de Significação (US). O agrupamento das US de forma lógico-semântica, seguindo as ideias absorvidas pelas falas dos sujeitos e as suas semelhanças, deu origem as categorias.

O projeto seguiu as diretrizes éticas da Resolução nº 466/2012 e foi consentido pelo Secretário Municipal de Saúde com assinatura de carta de anuência e interesse, sendo

aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense com CAAE 596121116.3.0000.5243 e parecer emitido pelo número 1.764.754. Não houve qualquer tipo de suporte financeiro para a execução da pesquisa.

## Resultados e discussão

Quanto ao perfil dos participantes, houve predomínio do sexo feminino (80%). A idade variou de 29 anos a 58 anos com média de idade de 35 anos. Todos os participantes recebiam o mesmo salário-base, variando apenas as gratificações. Todos possuíam pós-graduação: seis fizeram especialização em saúde da família; quatro, em gestão; uma fez residência; dois também fizeram mestrado. Ademais, 100% referiram experiência gerencial há mais de sete anos, nenhum deles tinha dedicação exclusiva à gerência e executavam todas as atribuições do enfermeiro de USF descritas pela PNAB.

A procura por cursos de especialização sugere que os profissionais estão abertos a novos saberes e possuem interesse em se qualificar. A busca pela especialização em saúde da família indica que os profissionais percebem a complexidade da demanda dos cuidados nesse nível de atendimento e desconstrói a ideia de que os profissionais que atuam na USF não se especializam. Sales<sup>7</sup> menciona que realizar uma pós-graduação *lato sensu* indica uma maior preocupação em se capacitar e atualizar seus conhecimentos. A baixa rotatividade dos profissionais torna-se relevante por permitir contatos efetivos com a comunidade, conhecimento de suas necessidades e maior possibilidade de dar continuidade aos projetos iniciados no estabelecimento. Todo esse engajamento ocorre sem a trivial interferência de mudanças, quando novos governos assumem, principalmente, no caso de alternância partidária<sup>12</sup>. Um estudo de Barbosa e Bosi<sup>13</sup> especifica as variâncias da semântica usada na literatura para definir vínculo. Entre elas, as de melhor empregabilidade neste estudo são as conceituações

de vínculo sob as perspectivas de: aumentar a resolutividade dos serviços; reduzir a rotatividade dos profissionais; promover humanização, responsabilização pelo cuidado, confiança entre profissionais e usuários; favorecer o aprendizado e a prática profissional.

As discussões propiciaram a ocorrência de três categorias: Competências gerenciais

relativas à liderança (25,75%); Competências gerenciais relativas à gestão de recursos e do cuidado (28,78%); Competências gerenciais relativas à mobilização de recursos cognitivos e afetivos (39,4 %). Com a finalidade de aproximar o leitor das discussões, apresenta-se abaixo um esquema sintetizado da composição das categorias:

Quadro 1. Unidades de registro, significação e categorias

Unidade de Registro	Unidade de Significação	Categoria
Liderança Gerenciar conflitos/lidar Delegar funções Estimular a equipe Reconhecer habilidades nos outros Saber trabalhar em equipe Capacidade de negociação	Liderança	Competências gerenciais relativas à liderança
Gerir/administrar insumos e materiais Capacidade administrativa Gerir recursos humanos	Gerência: organização da unidade	Competências gerenciais relativas à gerência de recursos e do cuidado
Conhecer o fluxo Conhecer a rede Conhecimento da área de abrangência Conhecimento de indicadores Conhecer o diagnóstico situacional Habilidade de articulação	Gerência da clínica em redes de atenção	
Uso adequado da informação Planejar ações Coordenar ações Avaliar ações	Gerência do cuidado	
Conhecimento técnico-científico Conhecimento de leis Destreza Tomada de decisão Formação administrativa Saber argumentar Conhecimento dos conceitos de gestão e gerência	Capacidades cognitivas	Competências gerenciais relativas à mobilização de recursos cognitivos e afetivos
Resiliência Capacidade de adequação Capacidade de enfrentamento Jogo de cintura Criatividade	Capacidades empíricas	
Autonomia Imparcialidade Neutralidade	Valores	

Fonte: Elaboração própria.

A primeira categoria teve como ocorrências: liderança, mediar conflitos, delegar funções, estimular a equipe, reconhecer habilidades nos outros, saber trabalhar em equipe e capacidade de negociação. A segunda categoria teve como competência mais referida administrar insumos e materiais. Na terceira categoria, destacaram-se o conhecimento técnico científico, a resiliência, a autonomia, o jogo de cintura e a criatividade respectivamente.

### Primeira categoria – Competências gerenciais relativas à liderança

A liderança foi ressaltada pelos participantes como competência capaz de influenciar e impulsionar outros membros da equipe. As falas a seguir conotam a afirmativa:

*eu preciso ter liderança para que os agentes comunitários possam me subsidiar com os dados que preciso saber... (E.7).*

*A primeira coisa que pensei foi à capacidade de liderança. (E.3).*

A liderança é conceituada como a combinação de diferentes comportamentos do líder, aplicados em um processo de influenciar pessoas para atingirem suas metas. Alguns autores sugerem que a liderança impulsiona o trabalho em equipe, a cooperação, os mecanismos de comunicação<sup>6,8,9</sup>.

Jonas<sup>8</sup> refere que o gestor de serviços de saúde, enquanto líder, necessita saber trabalhar com sua equipe de maneira a expandir os conhecimentos e habilidades do grupo, visando gerar sinergia e desenvolvimento contínuo da coletividade, além da capacidade para saber lidar com as adversidades, os conflitos e as instabilidades no seu cotidiano de trabalho.

Observou-se alinhamento de ideias com o autor uma vez que foi considerada a delegação de funções, o processo do trabalho em equipe e o gerenciamento de conflitos como competências gerenciais necessárias como visto nas assertivas:

*Vejo como competência também delegar funções, estímulo da equipe, reconhecer habilidades, pontos fortes em cada pessoa... (E.2).*

*Reconhecer os elos fortes, ver o que outro gosta de fazer e o estimular. (E.1).*

Neste estudo, delegar funções é entendido como a transferência de poder de decisão para a execução de tarefas específicas, é reconhecer no outro capacidade e habilidade. Sales<sup>7</sup> e Montezelli<sup>9</sup> afirmam que gerente não deve apenas delegar, mas deve conhecer e viver a dinâmica do processo de cuidar e conhecer as pessoas que estão envolvidas nesse processo e o ambiente para que o gerenciamento ocorra de acordo com os recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros disponíveis.

A gestão de conflitos foi outra competência referida na pesquisa:

*Vejo como competência gerenciar conflitos. (E.1).*

*Outra competência como a colega falou é lidar com conflitos na equipe. (E.3).*

*Particularmente entendo gerência como atividade ligada ao manejo de conflitos. (E.6).*

Uma das fundamentações do aparecimento frequente dessa competência pode ser o fato, como descrito por Carvalho e colaboradores<sup>14</sup>, do conflito constituir característica intrínseca e impossível de erradicar da vida organizacional, especialmente nas instituições em que os processos de trabalho são mediados, de forma imediata, pela interação social, como é o caso das organizações de saúde.

Gerenciar conflitos foi visto pelos participantes como inerente ao trabalho nos serviços de saúde, que envolve tanto a relação entre equipe quanto entre equipe e usuários, entre os próprios usuários, entre gestão central e equipe. No entanto, o conflito entre a equipe foi considerado o mais desgastante, aquele que gasta mais tempo para a resolução e que, muitas vezes, acaba mal resolvido, uma vez que



os envolvidos possuem grande convivência, cerca de 40 horas semanais, e se encontram desgastados pelos problemas diários.

Foi apontado ainda que a acareação de conflitos é sempre ‘tensa’, e que não há um modo sistematizado de lidar com eles, apesar de ocorrerem cotidianamente, como nota-se nas falas:

*outra competência como a colega falou é lidar com conflitos na equipe e isso também é uma grande dificuldade, sendo que você trabalha com a mesma equipe por anos. (E.7).*

*Adicionalmente é importante considerar que existem pelo menos 3 interesses diferentes em disputa quando discutimos um determinado ponto de gerência que podem ser conflitantes entre si, a saber: o do contratante/gestor; o do funcionário/gerente; o do usuário/paciente. (E.5).*

O conflito faz parte então das relações, e ter habilidade para negociar, para dividir, para ouvir, para delegar e para comunicar-se é premissa para o trabalho em equipe. No contexto da atenção primária, a negociação é um instrumento fundamental de ajuste, gerador de consenso, capaz de sustentar e viabilizar propostas de ação conjunta.

A capacidade de trabalhar em equipe foi outra competência apontada na discussão. Evidenciou-se consenso em relação a essa competência; o discurso abaixo traduz o pensamento do grupo:

*O enfermeiro deve desenvolver a capacidade de trabalhar em equipe, estabelecendo parcerias e relações efetivas entre os profissionais da equipe multiprofissional, já que somos considerados coordenadores, gerentes. (E.3).*

A atenção básica e seu eixo estruturante, a Estratégia Saúde da Família, só se materializam a partir dos saberes multiprofissionais: não se faz saúde da família com apenas uma categoria profissional; os saberes e as ações são interdependentes e complementares; não existe saber supremo nem deve haver a soberania médica;

a saúde da família faz-se com olhar atento e diferenciado de cada membro da equipe, com a integração multiprofissional. O gerente deve garantir e valorizar o processo de comunicação e a efetividade do trabalho multiprofissional. Deve liderar, direcionar os colaboradores de forma a atingir os objetivos, mas reconhecer que o sucesso de trabalho depende de cada um dos membros da equipe<sup>1,5-14</sup>.

O trabalho em equipe é visto como possibilidade do cuidado ampliado, pois favorece aos profissionais da saúde expor seus conhecimentos, realizar avaliação de risco e de prioridades, articular o cuidado, a fim de buscar continuidade, intersetorialidade e integralidade, por meio da construção coletiva dessa equipe<sup>15</sup>.

A competência liderança se relaciona com a habilidade de gerenciar conflitos, com a capacidade de trabalhar em equipe, de delegar funções, de estimular a equipe, de reconhecer habilidades nos outros, capacidade de negociação; e a articulação de todas elas é de extrema importância para o enfermeiro gerenciar a clínica e o cuidado<sup>14,15</sup>.

Para Paulo Freire<sup>16(171)</sup>, o “caminho da liderança há de ser o dialógico, o da comunicação [...]”. A ação antidialógica – opressora, dominadora – busca a conquista, a divisão como forma de manter a opressão, a manipulação e a invasão cultural. A liderança pressupõe a participação, o convencimento. O respeito às pessoas oportuniza o diálogo e a resolução de conflitos, inerente às diferentes culturas e histórias de cada ser humano. Se o conflito é inerente às relações humanas, a tolerância com o ‘inacabamento do homem’ é a forma de superação dessa tensão<sup>17</sup>.

## **Segunda Categoria – Competências gerenciais relativas à gerência de recursos e do cuidado**

Administrar/gerir recursos/insumos e materiais foi citada como competência por quatro participantes, no entanto, houve concordância entre todos. O ocorrido talvez possa ser justificado pelos apontamentos das Diretrizes

Curriculares Nacionais (DCN) do curso de enfermagem de 2001 que incluem os conteúdos de administração/gestão entre aqueles considerados imprescindíveis ao desenvolvimento das habilidades. As três afirmativas ilustram o acontecimento:

*Vejo como competência administrar insumos.* (E.1).

*Concordo, também acho gerir dos insumos, eu preciso saber o que meu paciente precisa...* (E.4).

*Vejo também a capacidade de gerir insumos e materiais.* (E.8).

O enfermeiro é um profissional que tem na sua formação uma ênfase na área administrativa. Nas DCN estabelecidas pelo Ministério da Educação (MEC), os profissionais enfermeiros devem estar aptos a tomar iniciativa e fazer gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos, materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos ao empreendedorismo, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde<sup>7</sup>.

Considerando que a atenção primária é a base, a organizadora e a coordenadora da rede de assistência à saúde, os participantes entendem como competência gerencial o conhecimento da rede e dos fluxos, situação assinalada pelos seguintes discursos:

*Precisamos conhecer fluxos... Precisamos conhecer a rede...* (E.3).

*Nós precisamos dos fluxos, precisamos conhecê-los, sem eles não conseguimos dar continuidade no processo.* (E.8).

Adjunto à rede e aos fluxos, os enfermeiros externam como competência para a gerência “conhecer a área de abrangência e conhecer o diagnóstico situacional” (E.1). Um participante complementa a fala:

*O processo de trabalho específico da gerência é*

*composto por um conjunto de atividades próprias e inter-relacionadas, com vistas à integralidade da atenção ao usuário e o atendimento de suas necessidades de saúde.* (E.6).

A habilidade de articulação também foi mencionada como competência para gerência de USF, como se verifica nas seguintes elocuições:

*O enfermeiro no contexto da ESF deve participar na elaboração, coordenação e articulação do planejamento da unidade de saúde. O enfermeiro pode identificar os recursos e o perfil demográfico e epidemiológico da população adscrita relacionados com o planejamento da ESF.* (E.9).

*Vejo como competência também a habilidade de articulação, articulação no sentido de tecer a rede de cuidados com todas as esferas de atenção e cuidado, saúde, educação e ação social.* (E.7).

O planejamento, o monitoramento e a avaliação destacam-se como importantes tecnologias organizacionais, que permitem a realização de diagnósticos locais e, consequentemente, a readequação dos processos de trabalho à realidade, considerando as necessidades, dificuldades e possibilidades na atenção básica. Por meio do planejamento, é possível organizar e qualificar o trabalho, no sentido de compartilhar objetivos e compromissos. Ao planejar, os trabalhadores podem refletir sobre propostas de ação, com a finalidade de intervir sobre determinado problema, necessidade individual ou coletiva<sup>18</sup>.

Também foi legitimado como competência gerencial conhecer indicadores. A fala de E.7, descrita abaixo, nos leva a acreditar que os profissionais conhecem a real importância da utilização da informação como instrumento de negociação e transformação fundamental para o trabalho na atenção básica, no entanto, não sabem onde buscá-las.

*Conhecimento de indicadores, porque como eu vou saber qual a quantidade de material que eu preciso se eu não sei minha população, como eu*



*vou saber qual a quantidade de medicamento se eu não sei o meu número de hipertensos...* (E.7).

Os indicadores devem funcionar como uma bússola orientando a trajetória dos serviços, a fim de melhorar a gestão e a qualidade da assistência oferecida. Necessitam estar conectados a uma meta, sem a qual perdem o sentido, uma vez que só são úteis quando se sabe o que se almeja alcançar<sup>19</sup>.

Fernandes e colaboradores<sup>10</sup> analisam que conhecer os indicadores implica que o gerente saiba lidar com tecnologias duras, ou seja, saiba utilizar os sistemas de informação, manipular e analisar bancos dados, e isso nem sempre acontece. Superada esta situação, é necessário que as informações estejam atualizadas, localizáveis e acessíveis.

Já a avaliação envolve reflexão sobre o caminho que está sendo percorrido, possibilita a realização de ajustes quando necessário, mudanças estratégicas ou até total interrupção do plano<sup>20</sup>.

Todos esses percursos podem ser reconhecidos como uma estratégia técnico-administrativa, uma vez que objetiva auxiliar na tomada de decisão dentro dos serviços de saúde, e são elementos-chave para a gestão.

Quando acontece a articulação e a integração entre as ações de cuidado e gerência, o enfermeiro desenvolve a sua melhor prática profissional, denominada de gerência do cuidado. Percebe-se nesse momento o entrelaçamento e a complementaridade do cuidar (cuidado direto) e do gerenciar (cuidado indireto), formando uma relação dialética e não dicotômica dessas ações, resultando, com isso, na integralidade das atividades do enfermeiro<sup>21</sup>.

O discurso de E.5, apresentado a seguir, nos remete ao pensamento da dissociação do cuidado e a prática de gerenciar. Outrossim, nos leva a inferir que as atividades que os enfermeiros desempenham na atenção básica extrapolaram a responsabilidade pelas atividades ligadas à equipe de enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde, assumindo, na ausência de um gerente/gestor local, as suas

funções, ocorrendo, assim, uma sobrecarga de tarefas a serem desenvolvidas pelo enfermeiro. Essa forma de agir gerou um distanciamento do profissional enfermeiro entre o gerenciar e o cuidar no seu cotidiano de trabalho, e observara-se, nos depoimentos, que houve dificuldade de articular essas duas dimensões. A fala de E.5 reflete o fato:

*As muitas atribuições do enfermeiro resultam em última análise na precarização do trabalho do profissional enfermeiro que exerce essa atividade gerencial, adicionalmente às suas atribuições previstas.* (E.5).

Hausmann e Peduzzi<sup>22</sup> consideram o cuidado como marca e núcleo do trabalho da enfermagem e compreendem que as ações gerenciais do enfermeiro deveriam apresentar como finalidade a qualidade desse cuidado. A cisão entre as dimensões cuidar e gerenciar compromete a qualidade e provoca conflitos no trabalho do enfermeiro, seja do profissional com a sua própria prática, seja na sua relação com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde.

De tal modo, pode-se dizer, embasados na atual pesquisa e na pesquisa de Fernandes e Silva<sup>23</sup>, que, no interior do processo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro em UBS, a tensão entre cuidar e gerenciar aparece como polos de oposição, e não como ações intercessoras e intercomplementares, dificultando a implementação da gerência.

É importante lembrar que a atividade gerencial é uma atividade meio para a execução do trabalho, pois a atividade fim é a assistência e o cuidado pautados em um dado padrão de qualidade, reconhecido pelo serviço como desejável. No entanto, a gestão desses processos deveria ser compartilhada (cogestão), propiciando a construção dos objetivos e projetos de forma mais participativa, a fim de não sobrecarregar o trabalho do enfermeiro<sup>5-8</sup>.

Em relação ao planejamento, Bazzo-Romagnoli e colaboradores<sup>24</sup> apontam que ele é a habilidade de maior importância para o gerenciamento e que, no cotidiano do trabalho

dos gerentes, existem dificuldades para realizá-lo, mas consideram que ele acontece e está embutido nos processos gerenciais, e que a avaliação é tão importante quanto o planejamento.

O termo gestão (ou gestão democrática) não é frequente na obra de Paulo Freire. Ele aparece nos livros 'Política e educação' (1993) e 'À sombra desta mangueira' (1995). É interessante notar o acréscimo do adjetivo 'democrática' ao termo gestão, utilizados nessas obras. Para Freire<sup>25,26</sup>, a gestão democrática indica participação da sociedade civil no comando da coisa pública. Gerir, portanto, é estar disposto ao diálogo. Planejar e buscar conhecimento, como em indicadores, por meio do diálogo com as pessoas gera consciência e transformação. É essa consciência que permite que o cuidar seja feito com generosidade, e não como uma atribuição a mais que dificulte a gestão.

### Terceira Categoria: Competências gerenciais relativas à mobilização de recursos cognitivos e afetivos

Como competência, ainda ocorreu o conhecimento técnico-científico, conhecimento e formação administrativa, como observamos nestas falas: "*Acho que faz parte das competências também ter conhecimento técnico*" (E.6). "*[...] e habilidades eu acho que você tem que ter destreza...*" (E.7) e

*Capacidade de defender opinião, aqui mais ainda pela falta de gestor com conhecimento e por conta da política, defender opinião com conhecimento científico, com conhecimento de causa. Se não tivermos capacidade de defender nossa opinião com argumentos não conseguimos convencer ninguém de nossa capacidade.* (E.3).

Foi mencionado que uma boa bagagem de conhecimentos melhora a capacidade de análise, a capacidade de pensamento crítico-reflexivo, a capacidade de ação, aprimorando as práticas que acarretam o alcance de bons resultados.

Por mais que os processos sejam compartilhados com a equipe, é o gerente que inicia e

finaliza o planejamento e avaliação das ações, é esse profissional que tem a fala com a gestão central e sinaliza os pontos que precisam ser revistos; é para ele também que surgem as demandas políticas e as ouvidorias, e não há como responder e dar conta de todas essas questões sem uma formação acadêmica sólida, sem a constante busca, apropriação e aquisição de conhecimento que se transformem em ferramentas de gestão<sup>7,8,10,18-22</sup>.

O conhecimento científico perpassa pelo conjunto de saberes teóricos necessários para a compreensão do fenômeno cuidado e gerenciamento, de seus objetos – o indivíduo, a família, a comunidade –, das situações específicas e únicas constituintes das interações pessoais, das organizações e instituições de saúde, dos processos de trabalho, da cultura organizacional, dos produtos e equipamentos em uso, das estratégias, estruturas, procedimentos, protocolos, entre outros componentes, atualizados e baseados em evidências, visando à consolidação de melhores práticas na atenção ao ser humano<sup>9-11,17-21</sup>.

O conhecimento implica diretamente outra competência referida pelo grupo, a tomada de decisão, como se observa na seguinte interlocução:

*[...] tomada de decisão rápida, porque às vezes você não tem suporte e precisa agir rápido numa emergência, tomar atitudes e basear eu aprendi isso...* (E.7).

Todo gerente precisa de conhecimento, informações atualizadas, confiáveis e completas para tomar decisões sobre as operações e o desempenho das ações da unidade sob sua responsabilidade, pois, durante o processo de enfrentamento de problemas, é essencial repensar a prática gerencial na USF, objetivando melhorar o cuidado à população, cooperando para o desenvolvimento de serviços de saúde efetivos e capazes de executar ações compatíveis com as propostas do SUS<sup>27-29</sup>.

Para Tanaka e Tamaki<sup>27</sup>, a tomada de decisão pode ser considerada como a função

que caracteriza o desempenho da gerência, entretanto, independente do aspecto da decisão; ela deve ser fruto de um processo sistematizado, que envolve o estudo do problema, a partir da obtenção de dados, produção de informação, em seguida o estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão mais adequada, viabilização e implementação da decisão e análise dos resultados obtidos.

Os participantes referiram que precisam, muitas vezes, readaptar-se, dar novos significados, novas utilidades a ferramentas de trabalho, reinventar a assistência e reconfigurar a gerência com o que se tem para trabalhar. De tal modo, elegeram a resiliência como uma competência indispensável ao gerente de USF. Relacionadas com ela, estão as competências capacidade de adequação, enfrentamento, jogo de cintura e criatividade; o que pode ser observado nas falas que seguem.

*Atualmente todos nós temos que ter capacidade de enfrentamento e resiliência porque a todo tempo temos que nos adaptar e pensar em como realizar alguma coisa sem ter o equipamento necessário para não comprometer a qualidade do serviço. (E.2).*

*[...] temos que ter jogo de cintura para se adaptar às condições o que é certo e o que temos... (E.7).*

Para Barlach e colaboradores<sup>28</sup>, resiliência pode ser definida como a construção de soluções criativas diante das adversidades presentes nas condições de trabalho e dos negócios da sociedade atual, da qual resulta um duplo efeito: a resposta ao problema em questão e a renovação das competências e do *élan* vital dos indivíduos. Estando dessa forma a resiliência ligada à criatividade.

Caveião<sup>29</sup>, em seu estudo, refere que alguns autores apresentam a importância da criatividade e da inovação nos serviços de saúde, distinguindo esses conceitos como o comportamento criativo, que é o aprimoramento de um elemento ou ação

conhecidos, enquanto inovação significa encontrar novas alternativas. A criatividade é uma das competências mais fáceis de encontrar no comportamento das pessoas nas organizações, sendo mencionada como comportamento criativo, ou de fazer melhor o que já vinha sendo feito.

A autonomia, similarmente, foi preferida como competência gerencial, as falas “*Acredito que o gerente teria que ter uma autonomia...*” (E.4) e “*O gerente precisa de autonomia para executar melhor sua função*” (E.6) trazem essa representação.

Jonas<sup>8</sup> corrobora o estudo ao afirmar que o processo de autonomia pressupõe que o profissional enfermeiro possa interferir no processo de definição das prioridades na assistência. A autonomia está embasada na direção da vontade do indivíduo para a ação, a partir de influências sociais e culturais.

O gerenciamento do cuidado exige do enfermeiro uma visão que integre e acolha valores e lógicas diferenciadas, impressas nas necessidades dos usuários, não manifestos ou reconhecidos até algum tempo atrás, sendo necessário, por parte desse profissional, um envolvimento das inter-relações, na sua potencialidade de criatividade e autonomia, no sentido de dar conta das necessidades do processo de trabalho, uma vez que a autonomia é necessária para a definição de ações prioritárias para a assistência à saúde, no âmbito da área de abrangência das USF<sup>3</sup>.

Desse modo, a autonomia responsável e coerente com os princípios do SUS é imprescindível ao desenvolvimento da ação gerencial, uma vez que a ausência dela inviabiliza a organização e o controle do processo de trabalho.

Um dos participantes ainda apontou como competência ser idôneo, imparcial e neutro:

*Então eu acho assim que as competências mais necessárias são ser idônea, imparcial, neutra religiosamente e politicamente... Eu queria realmente ser neutra, ser imparcial, pois estou ali para ser profissional de saúde não para ser política. (E.7).*

A imparcialidade, neutralidade são competências gerenciais descritas como valores, envolvem o âmbito de saber separar suas crenças, sua cultura, sua posição política do seu local de trabalho. O que se torna difícil, pois o gestor imprime ao trabalho a sua marca, impulsionando ou não a equipe por meio de seu próprio trabalho, ou seja, torna-se modelo, referência em decorrência da postura que adota diante do jogo de forças que influenciam o cotidiano do serviço<sup>6</sup>. Nessa perspectiva, parte-se do suposto de que o gestor de uma USF deve ter uma visão ampliada de saúde, ser capaz de uma priorização adequada dos problemas e necessidades da comunidade e de implementar o modelo de assistência integral e da gestão participativa, o que exige que este tenha competências para tal. Alguns estudos sobre competências apontam que as competências essenciais presentes nas organizações são aquelas difíceis de serem imitadas e são favorecidas pelas habilidades pessoais e interpessoais manifestadas pelo gerente. Estas incluem trabalho em equipe, habilidade para informar, pensamento sistêmico, habilidade para trabalhar com informações e tecnologia, criatividade na solução de problemas, habilidades de comunicação, autoconfiança e auto-estima<sup>1,3,26</sup>.

Resistência, no pensamento freireano, reflete a possibilidade de reconhecer a capacidade de mudar uma determinada realidade. Ter a capacidade de se 'dobrar' às forças contrárias, mas se recobrar e se adaptar – conceito de resiliência – é uma forma de resistência; que, por sua vez, tem relação direta com a autonomia, que é libertadora, que antagoniza a ideologia fatalista, imobilizante que anima o discurso neoliberal no mundo<sup>30</sup>.

## Conclusões

As competências descritas neste estudo se alinham a outras pesquisas no tema, às DCN do Curso de Enfermagem e à nova PNAB. A ênfase dada capacidade de gerir insumos/

materiais e gerenciar conflitos aponta a necessidade de criar espaços que permitam refletir e buscar desenvolvimento de competências gerenciais para além dos aspectos da administração taylorista.

Os depoimentos dos participantes revelam desconforto e inquietação perante a dupla missão do enfermeiro nas USF, muitos autores concordam que o enfermeiro é profissional da área da saúde mais preparado para assumir a gerência, fato justificado pela sua formação nas disciplinas; no entanto, ao assumir a administração da unidade, o tempo dedicado aos processos de trabalho e ao cuidado reduz-se consideravelmente, o que acaba muitas vezes por impedir a assistência integral ao usuário.

Mesmo descrevendo a graduação em enfermagem como facilidade para a gerência, os pesquisados questionam a formação por não se sentirem verdadeiramente preparados para transitar entre as dimensões do cuidado, gerência e educação exigidas pelo trabalho na saúde, grifando a necessidade da continuidade do processo de formação.

Assim, em complementação, lança-se mão da educação permanente que se mostra como ferramenta capaz de gerar a modificação das condições de trabalho e resolução dos entraves técnicos ao alcance e governabilidade do gerente. Nesse sentido, o pensamento de Paulo Freire se mostra extremamente atual. Suas ideias oferecem amplo suporte à problematização das práticas dos gerentes e da construção do diálogo no dia a dia. Nunca há um que sabe o outro que não sabe, mas sim saberes diferentes. Por isso, se a discussão das competências necessárias aos gerentes passa pela Educação Permanente em Saúde, há também um claro ganho na utilização do pensamento de Paulo Freire nessa estratégia.

Sugere-se que mais pesquisas sejam desenvolvidas na área da gerência de unidades básicas, pois a prática gerencial mostra-se em processo de construção, necessitando de aprimoramento, mudanças e reconhecimento formal.

## Colaboradores

Fernandes JC (0000-0001-7913-9264)\*, Cordeiro BC (0000-0001-6387-511X)\* e Freitas DS

(0000-0002-5482-0376)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. Rezende AC (0000-0003-4404-4753)\* contribuiu para a elaboração do rascunho e revisão crítica. ■

## Referências

1. Ramos LH, Grigoletto MVD. Gestão de Serviços de Saúde [internet]. 2014. [acesso em 2017 jul 23]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/178>.
2. Rodrigues AP, Santos FR, Abreu MO, et al. Boa gestão de enfermagem na percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. Resbrasf [internet]. 2015 [acesso em 2017 maio 20]; 2(2):12-22. Disponível em: <http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/view/660/559>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 28 Set 2017.
4. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica [internet]. 2018 [acesso em 2017 maio 20]; 42:e175. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>.
5. André AM, Ciampone MHT, Santelle O. Health care units and human resources management trends. Rev saúde pública [internet]. 2013. [acesso em 2017 maio 20]; 47(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/en\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/en_20.pdf).
6. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. Rev bras Enferm [internet]. 2013. [acesso em 2017 maio 20]; 66(4):557-563. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/revben/v66n4/v66n4a14.pdf>.
7. Sales NC, Silva MGC, Pinto FJM. Competências essenciais desenvolvidas por coordenadores de centros de saúde da família. Rev Bras Promoç Saúde [internet]. 2014 [acesso em 2017 maio 20]; 27(3):389-397. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2473>.
8. Jonas LT, Rodrigues HC, Resck ZMR. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. Rev APS [internet]. 2011 [acesso em 2017 maio 20]; 14(1):28-38. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14656>.
9. Montezelli JH, Peres AM. Gerenciamento: contrapontos percebidos por enfermeiros entre a formação e o mundo do trabalho. Ciênc. Cuid Saúde [internet]. 2012 [acesso em 2017 maio 20]; 11(supl):138-43. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/312222222>.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- cation/269567670\_Gerenciamento\_contrapontos\_percebidos\_por\_enfermeiros\_entre\_a\_formacao\_e\_o\_mundo\_do\_trabalho.
10. Fernandes LCL, Machado RZ, Anschau GO. Gerência de Serviços de Saúde: Competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na Atenção Básica. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2009 [acesso em 2018 out 14]; 14(supl1):1541-1552. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800028&lng=en&nrm=iso).
  11. Lowen IMV, Peres AM, Crozeta K, et al. Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2015 [acesso em 2018 out 14]; 49(6):967-973. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt\\_0080-6234-reeusp-49-06-0967.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0967.pdf)
  12. Ditterich RG, Moysés ST, Moysés SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2012 [acesso em 2018 out 17]; 28(4):615-625. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/02.pdf>.
  13. Barbosa MI, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis* [internet]. 2017 [acesso em 2018 out 17]; 27(4):1003-1022. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01003.pdf>.
  14. Carvalho BG, Peduzzi M, Nunes EFPA, et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2014 [acesso em 2018 out 17]; 48(5):907-914. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt\\_0080-6234-reeusp-48-05-907.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-907.pdf).
  15. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, et al. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2011 [acesso em 2018 out 20]; 45(2):349-55. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200007).
  16. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2012.
  17. Freire P. *Pedagogia da esperança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
  18. Celedonio RM, Fé MCM, Mendes AHL, et al. Gestão do trabalho em unidades básicas de saúde. *Rev Enferm UFPE* [internet]. 2016 [acesso em 2019 maio 30]; 11(1):341-350. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/article/view/11914/14403>.
  19. Paes LG, Bellato TMS, Machado BP, et al. O uso de indicadores como ferramenta de gestão na estratégia saúde da família. *Rev Enferm UFSM* [internet]. 2015 [acesso 2018 maio 29]; 5(1):40-49. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14150>.
  20. Campos FCC, Faria HP, Santos MA. Monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Básica à Saúde. In: Campos FCC, Faria HP, Santos MA. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. Belo Horizonte: Nescon; UFMG; Coopmed; 2010. p. 81-9.
  21. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2012 [acesso 2018 maio 29]; 46(3):734-41. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028).
  22. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões Gerencial e Assistencial do Processo de Trabalho do Enfermeiro. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2009 [acesso em 2015 nov 15]; 18(2):258-265. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>.
  23. Fernandes MC, Silva LMS. Gerência do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Rev Rene* [internet]. 2013 [acesso em 2015 nov 15]; 14(2):438-47. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3407>.
  24. Bazzo-Romagnolli AP, Gimenez-Carvalho B, Nu-



- nes EFPA. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. *Rev Gerenc Polít Salud* [internet]. 2014 [acesso em 2016 dez 25]; 13(27):168-180. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144 Javeriana .rgyps13-27.gubs>.
25. Freire P. Política e educação. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1993.
26. Freire P. À sombra dessa mangueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995.
27. Tanaka OU, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2012 [acesso em 2016 dez 25]; 17(4):821-4. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400002&script=sci_abstract&tlng=pt).
28. Barlach L, Limongi-Franca AC, Malvezzi S. O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. *Interam j psychol* [internet]. 2008 [acesso em 2017 jan 7]; 42(1):101-112. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.
29. Caveião C, Coelho ICMM, Zagonel IPS. A produção do conhecimento sobre competências gerenciais de enfermagem: revisão integrativa. *Revenferm UFPE*. 2013; 7(esp):910-8.
30. Freire P. Pedagogia da autonomia. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

---

Recebido em 10/02/2019

Aprovado em 16/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve