

UFRRJ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO

**Competências Gerenciais na Atenção Primária:
Avaliação das Habilidades Sociais de Enfermeiras
Gestoras em Equipes de Saúde da Família**

Alessandro Simões Marinho

2018



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS
GESTORAS EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

ALESSANDRO SIMÕES MARINHO

Sob a Orientação da Professora
Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no curso de Pós Graduação em Psicologia, área de concentração em Psicologia.

Seropédica, RJ
Julho de 2018

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M337c Marinho, Alessandro Simões, 1977-
Competências gerenciais na atenção primária:
avaliação das habilidades sociais de enfermeiras
gestoras em equipes de Saúde da Família / Alessandro
Simões Marinho. - 2018.
129 f.: il.

Orientadora: Lilian Maria Borges Gonzalez.
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, 2018.

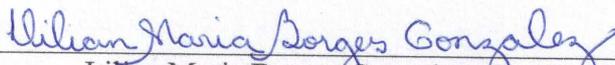
1. Habilidades Sociais. 2. Estratégia de Saúde da
Família. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermeiros. 5.
Gestão em Saúde. I. Gonzalez, Lilian Maria Borges ,
1971-, orient. II Universidade Federal Rural do Rio
de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Psicologia
III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

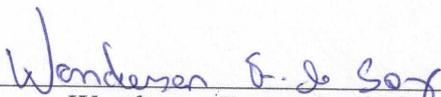
ALESSANDRO SIMÕES MARINHO

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no curso de Pós-Graduação em Psicologia, área de Concentração em Psicologia.

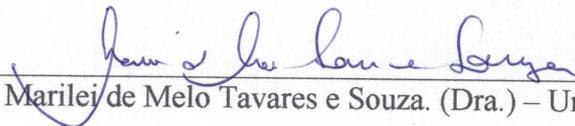
DISSERTAÇÃO APROVADA EM 09/08/2018.



Lillian Maria Borges Gonzalez. (Dra.) – UFRRJ
(Orientadora)



Wanderson Fernandes de Souza. (Dr.) – UFRRJ



Marilei de Melo Tavares e Souza. (Dra.) – Universidade de Vassouras

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, por ter alimentado meu espírito com disposição, sabedoria, motivação e saúde para que pudesse chegar ao término do referido do trabalho;

À minha família, constituída por meus filhos, Manoela Rocha Simões Marinho e Juan Rocha Simões Marinho, bem como, por minha esposa, Melissa Aparecida Barbosa Rocha Simões Marinho, que estiveram comigo em todos os momentos de dificuldades, de privações, mantendo a paciência, mediante à ciência sobre a relevância desta dissertação para minha vida profissional;

A meus pais, em especial à minha mãe Vera Lúcia Esteves Simões Marinho (*in memorian*) que me proporcionou momentos inesquecíveis de felicidade, afetividade e segurança, essenciais para a formação de minha personalidade, facilitando a luta para as conquista dos objetivos almejados;

À minha orientadora Lilian Borges por ter acreditado desde o primeiro momento nas possibilidades de meu desenvolvimento profissional e pessoal, necessários para a construção desta pesquisa. Além do aprendizado sistemático e efetivo que, generosamente, me proporcionou;

Ao Dr. Wanderson Fernandes de Souza e à Dra. Marilei de Melo Tavares e Souza pelas consideráveis contribuições para o referente trabalho;

Às enfermeiras gerentes das equipes de Saúde da Família que, gentil e prontamente, se disponibilizaram a contribuir para a construção do trabalho;

RESUMO

MARINHO, Alessandro Simões. **Competências Gerenciais na Atenção Primária: Avaliação de Habilidades Sociais de Enfermeiras Gestoras em Equipes de Saúde da Família**. 129p Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2018.

Frente aos desafios que perpassam os serviços públicos em saúde no contexto da atenção primária, evidencia-se o redirecionamento de uma lógica assistencial rumo a novas ações estratégicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, foram instituídas, como reguladoras destes serviços, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), estruturadas para oferecer um cuidado multiprofissional e resolutivo em reconhecimento à integralidade do sujeito. Em meio à complexidade do cenário, fundamentam-se políticas cujos propósitos se debruçam sobre processos de formação e de educação permanente dos profissionais de saúde, visando o desenvolvimento de habilidades técnicas e interpessoais, incluindo aquelas necessárias para a função de gestão. Por conseguinte, vislumbrando a atuação de enfermeiros gestores, o presente trabalho objetivou investigar o repertório de habilidades sociais de oito enfermeiras responsáveis pela gestão de equipes de Saúde da Família do município de Rio Claro, no Estado do Rio de Janeiro. Na pesquisa, de natureza descritiva, utilizou-se, no processo de coleta de dados, instrumentos de autorrelato capazes de explorar aspectos tanto quantitativos como qualitativos. Assim, foi aplicado o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) de Del Prette e Del Prette no intuito de avaliar, de maneira geral, recursos e *déficits* destas habilidades no repertório das participantes. Em seguida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, mediante roteiro que incluía questões voltadas para a autopercepção das enfermeiras no que tange às competências de gerenciamento e habilidades sociais. Na apuração dos dados do IHS, foram analisados os resultados médios do grupo de gestoras em relação ao escore total e dos cinco fatores que compõe o instrumento. Nas entrevistas, a análise de conteúdo foi realizada à luz de Bardin mediante a categorização dos relatos obtidos. Os resultados apontaram evidências de recursos característicos de classes de habilidades sociais como: empatia, assertividade, expressão de sentimentos positivos e habilidades de partilha de conhecimento. Outra classe presente foi a de resolução de problemas, constante no rol de habilidades consideradas, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como essenciais na atuação de gestores. Em contrapartida, observou-se limitações em certas habilidades como dificuldades para comunicação clara e eficaz, em especial a baixa assertividade, e dificuldades em mediar conflitos interpessoais. A capacitação foi citada pelas participantes como um meio eficaz para a aquisição e aperfeiçoamento dessas habilidades. Em relação às dificuldades encontradas para o bom desenvolvimento de suas próprias habilidades, a maior parte das enfermeiras evidenciaram a falta de tempo e a sobrecarga de funções, concernentes à execução de atividades assistenciais paralelamente às gerenciais. Não obstante, os resultados alcançados mostraram um bom repertório de habilidades gerenciais e sociais no grupo estudado, mas com evidências da utilidade de experiências sistemáticas para o aprimoramento de suas competências, sobretudo no que se refere a habilidades essenciais no trabalho de gerentes no campo da saúde pública. Ademais, destaca-se a necessidade de mais estudos na área, a fim de potencializar o dinamismo e as implicações práticas das produções científicas sobre as habilidades sociais no âmbito gerencial em saúde.

Palavras-chave: Habilidades Sociais; Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Enfermeiros; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

MARINHO, Alessandro Simões. **Management Skills in Primary Care: Evaluation of Social Skills of Managers Nurses in Family Health Teams**. 129 pages. Dissertation (Master in Psychology). Institute of Education. Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2018.

Faced with the challenges that pass through public health services in the context of primary care, there is evidence of the redirection of a care logic towards new strategic actions within the framework of the Public Unified Health System. Thus, the Family Health Strategy (ESF) teams were set up as regulators of these services, structured to offer a multiprofessional and resolute care in recognition of the integrality of the subject. In the middle of the complexity of this scenario, policies are based whose purposes are focused on processes of training and permanent education of health professionals, aiming at the development of technical and interpersonal skills, including those necessary for the registration function. Therefore, looking at the performance of nurse managers, this work aimed to investigate the repertoire of social skills of eight nurses responsible for the management of Family Health teams in the city of Rio Claro, in the State of Rio de Janeiro. In the research, of a descriptive nature, we used, in the process of data collection, self-report instruments capable of exploring both quantitative and qualitative aspects. Thus, the Social Skills Inventory of Del Prette and Del Prette was applied in order to evaluate, in a general way, the efficacious resources of these skills in the repertoire of the participants. Subsequently, semi-structured interviews were carried out, through a script that included questions aimed at the autoperception of nurses regarding social management skills. In the determination of IHS data, we analyzed the results of the group of managers in relation to the total score and the five factors that compose the instrument. In the interviews, the content analysis was carried out in the light of Bardin using the categorization of the reports obtained. The results pointed to characteristic features of social skills classes such as empathy, assertiveness, expression of positive feelings and knowledge sharing skills. Another class was the problem-solving, constant in the list of skills considered, according to the National Basic Attention Policy, as essential in the actions of managers. On the other hand, limitations were observed in certain skills such as difficulties for clear and effective communication, especially low activity, and difficulties in mediating interpersonal conflicts. Training was cited by participants as an effective means of acquiring and perfecting deshashabilities. In relation to the difficulties found for the good development of their abilities, most of the nurses evidenced the lack of time and the overload of functions, concerning the execution of assistance activities, in parallel with the managerial ones. Nevertheless, the results obtained showed a good repertory of managerial and social skills in the group studied, but with evidence of the usefulness of systematic experiences for the improvement of their competences, especially with regard to essential skills in the work of managers in the field of public health. In addition, the need for more studies in the area is emphasized, in order to potentialize the dynamism and practical implications of the scientific productions on the social skills in the management scope in health.

Keywords: Social Skills; Family Health Strategy; Primary Health Care; Nurses; Health Management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Percepção das habilidades gerenciais importantes para um líder.....	75
Tabela 2. Percepção de recursos e <i>déficits</i> de habilidades sociais.....	81
Tabela 3. Percepção sobre o desenvolvimento de habilidades sociais/gerenciais.....	86
Tabela 4. Classificação e escore total médio do grupo de enfermeiras.....	87
Tabela 5. Percentil médio do grupo de participantes por fator.....	91
Tabela 6. Classificação do grupo a partir dos escores médios dos fatores.....	91
Tabela 7. Quantidade de participantes conforme classificação do repertório.....	93
Tabela 8. Posição dos fatores por enfermeira em relação à média geral da amostra.....	96
Tabela 9. Posição dos itens dos fatores em relação à média geral da amostra.....	98

LISTA DE ABREVIACOES

APS	Atenção Primária em Saúde;
CNE	Conselho Nacional de Educação;
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde;
CSE	Câmara de Educação Superior;
EPS	Educação Permanente em Saúde;
ESF	Estratégia de Saúde da Família;
eSF	equipe de Saúde da Família;
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHS	Inventário de Habilidades Sociais;
MEC	Ministério da Educação;
NLI	Nursing Leadership Institute;
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica;
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
PNH	Política Nacional de Humanização;
PROFAE	Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem;
PSF	Programa de Saúde da Família;
PTE	Programa de Treinamento de Empatia;
SUS	Sistema nico de Saúde;
THS	Treinamento de Habilidades Sociais.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
CAPÍTULO 1. REFERENCIAL TEÓRICO	17
1.1 A atenção primária em saúde no Brasil: uma breve contextualização.....	17
1.1.1 O direcionamento das políticas de desenvolvimento profissional em saúde pública.....	22
1.2 Aspectos da formação gerencial do enfermeiro.....	29
1.2.1 A gerência profissional de enfermagem na saúde pública.....	34
1.3 Habilidades Sociais: histórico e conceitos.....	42
1.3.1 Classes de habilidades sociais.....	51
1.3.2 Habilidades sociais e a prática profissional.....	55
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS	61
CAPÍTULO 3. MÉTODO	62
3.1 Delineamento da pesquisa	62
3.2 Local	63
3.3 Participantes.....	63
3.4 Técnicas e instrumentos.....	64
3.4.1 Roteiro de entrevista semiestruturada.....	64
3.4.2 Inventário de Habilidades Sociais.....	65
3.5 Procedimentos de coleta de dados.....	66
3.6 Análise de dados	68
3.6.1 Entrevistas semiestruturadas.....	68
3.6.2 Inventário de Habilidades Sociais.....	69
CAPÍTULO 4. RESULTADO	70
4.1 Caracterização profissional das participantes.....	70
4.2 As habilidades gerenciais na percepção das enfermeiras.....	71
4.2.1 Atitudes para o trabalho.....	72
4.2.2 Trabalho em colaboração.....	72
4.2.3 Aproximação e interesse pela equipe.....	73
4.2.4 Mobilização e motivação da equipe.....	74

4.2.5 Comunicação qualificada.....	74
4.3 Autopercepção do repertório de habilidades gerenciais.....	75
4.3.1 Habilidades presentes no repertório das enfermeiras: forças autoavaliadas.....	75
4.3.1.1 <i>Habilidades empáticas</i>	75
4.3.1.2 <i>Habilidades de resolução de problemas</i>	76
4.3.1.3 <i>Habilidades de manejo de conflitos</i>	76
4.3.1.4 <i>Habilidades de motivação do grupo</i>	76
4.3.1.5 <i>Habilidades de assertividade</i>	77
4.3.1.6 <i>Habilidades de expressão pessoal</i>	77
4.3.1.7 <i>Habilidades de partilha de conhecimento</i>	78
4.3.2 Habilidades ausentes ou insuficientes no repertório das enfermeiras: as limitações em foco.....	78
4.3.2.1 <i>Falta de clareza na comunicação</i>	79
4.3.2.2 <i>Baixa assertividade</i>	79
4.3.2.3 <i>Dificuldade de manejar conflitos e divergências</i>	80
4.3.2.4 <i>Dificuldade para lidar com críticas</i>	80
4.3.3 Habilidades técnicas ausentes ou insuficientes no repertório das enfermeiras.....	80
4.3.3.1 <i>Insuficiência de conhecimentos ou habilidades técnicas</i>	80
4.4 Aquisição ou aperfeiçoamento de habilidades sociais / gerenciais.....	81
4.4.1 Percepção do desenvolvimento das próprias habilidades.....	81
4.4.1.1 <i>Prática profissional</i>	81
4.4.1.2 <i>Vida pessoal</i>	82
4.4.1.3 <i>Experiências acadêmicas</i>	82
4.4.2 Percepção de como as habilidades podem ser aperfeiçoadas.....	82
4.4.2.1 <i>Cursos para capacitações</i>	83
4.4.2.2 <i>Busca pessoal</i>	84
4.4.2.3 <i>Ampliação das experiências do cotidiano</i>	84
4.4.3 Identificação das dificuldades para aquisição ou aperfeiçoamento das habilidades sociais.....	84
4.4.3.1 <i>Falta de tempo</i>	85
4.4.3.2 <i>Sobrecarga de atividades e funções</i>	85

4.4.3.3 <i>Falta de autonomia</i>	85
4.5 Avaliação do desempenho social conforme o Inventário de Habilidades Sociais.....	86
4.5.1 Escore total.....	86
4.5.2 Resultados dos fatores.....	89
4.5.3 Escore dos itens.....	96
CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
APÊNDICES	125
A – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	125
B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	127
ANEXOS	129
A – Carta de Autorização para realização da pesquisa COMEP.....	129

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado em Psicologia surgiu do interesse primordial de conhecer o repertório de habilidades sociais de enfermeiras que atuam como gerentes de equipes de Saúde da Família (eSF) e analisar a importância destas habilidades no âmbito das competências gerenciais na área da saúde. O campo das habilidades sociais nas interações profissionais, tanto quanto nas interações cotidianas, evidencia-se, de acordo com Del Prette e Del Prette (1996), como um objeto de estudo pertinente, no cenário do qual muitas questões podem ser discutidas e avaliadas.

É importante frisar que se trata de uma investigação científica, de cunho descritivo, realizada em congruência com tendências e caminhos dos processos de formação e desenvolvimento profissional no contexto nacional, na esfera da atenção primária, afinadas com programas e ações que visam potencializar o desenvolvimento desses profissionais. Parte-se do pressuposto de que todo processo deve ser pensado em prol de uma transformação no cenário de qualificação de pessoal, numa política de Educação Permanente em Saúde (EPS) em detrimento a um processo de capacitação tecnicista e especialista. Surge, assim, um questionamento a respeito de como desenvolver pessoas em sua individualidade e, ao mesmo tempo, propor um acultamento institucional dessa nova lógica do aprender no ambiente laboral.

A despeito da importância do tema em pauta, observa-se uma carência de estudos analíticos e integrativos, na literatura brasileira, sobre habilidades sociais no contexto da investigação realizada. Nesse sentido, defende-se a relevância do desenvolvimento de pesquisas direcionadas para o aperfeiçoamento de competências interpessoais na área, partindo do cenário macropolítico de desenvolvimento de profissionais da saúde até chegar à micropolítica, na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Micropolítica esta, perpassada pelo levantamento de informações referentes às necessidades de capacitação e aperfeiçoamento do profissional de saúde. Para tal, a discussão em vigência se fundamenta em Leis Complementares, nas Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) que, por sua vez, vem regendo debates e propondo políticas de EPS.

Nesse caminho, em respeito às premissas básicas estabelecidas para qualificar e humanizar o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se fundamental realçar as dificuldades técnicas, intrapessoais e, principalmente, interpessoais de gestores da saúde, na prestação de serviços na atenção primária. Falamos aqui do profissional responsável por equipes de trabalho que necessita apresentar um serviço em saúde de qualidade à população local, além da prestação de contas, no cumprimento de metas, ao Ministério da Saúde, que se respalda em diretrizes evidenciadas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que dispõe sobre a aprovação da PNAB (BRASIL, 2012). As funções, responsabilidades e importância deste gestor são ainda mais fundamentadas na nova PNAB, revisada em 21 de setembro de 2017 através da Portaria nº 2.436.

De fato, os cuidados com os processos de aprimoramento dos serviços em saúde são perpassados pela necessidade sistemática de qualificação dos profissionais que atuam na área. Em decorrência disto, o CONASS, de maneira realista e crítica, vem realçando a importância de se ampliar a capacitação de gestores e a execução de ações em saúde voltadas para as eSF, tendo por finalidade criar condições técnicas e comportamentais para que realmente ocorram contribuições efetivas na mudança da prática assistencial. É importante considerar que um dos objetivos prioritários da PNAB é a valorização dos profissionais da saúde por meio de estímulos e acompanhamento constante de sua formação e capacitação (BRASIL, 2007).

No que se refere à capacitação de gestores, Carmelo, Rocha, Chaves, Silva e Soares (2016) corroboram com as afirmações acima citadas, ao concluir sobre a necessidade, por parte do gestor da equipe de saúde, de uma busca constante pelo autodesenvolvimento com vistas a uma melhoria contínua. O objetivo correspondente consiste em se atentar às lacunas de suas próprias habilidades e as da equipe de trabalho a fim de se criar estratégias de ensino-aprendizagem para que a Educação Permanente seja realizada sistematicamente, no próprio serviço, em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Sendo assim, em relação à gestão em saúde, o presente trabalho buscou se aprofundar em estudos voltados para a atuação de enfermeiras, enquanto gestoras de unidades de saúde, mais especificamente na liderança de eSF. Este anseio se debruça nas temáticas envolvendo as competências e habilidades profissionais de enfermeiros atuantes na gestão já que, conforme destaca Carmelo et al. (2016), o profissional enfermeiro representa uma parcela significativa dos recursos humanos inseridos nestes serviços.

Os argumentos supracitados são, ainda, fomentados por Murani e Bezerra (2004) ao ratificarem as necessidades de revisão e consequentes mudanças no perfil do enfermeiro gestor. Fazem alusão às novas maneiras destes profissionais assistirem ao ser humano, na lida com saúde e doença e com os processos de gestão. Especificam, por conseguinte, transformações não somente de um paradigma assistencial, mas, principalmente, na gestão de pessoal, conforme o proposto nas novas Diretrizes Curriculares da formação do enfermeiro.

Murani e Bezerra (2004) relatam que, no aperfeiçoamento de enfermeiros para o exercício da gestão, é fundamental a superação da dualidade entre a formação técnica e a necessidade social do profissional. Entretanto, para que isto possa ocorrer, exige-se o desenvolvimento de habilidades específicas, de cunho social/relacional, que permitam aos profissionais tomar decisões individuais e em equipe; liderar com segurança; organizar o trabalho, colocando-o a serviço dos usuários; planejar ações profissionais em saúde; utilizar ferramentas e tecnologias gerenciais e, sobretudo, tornar o processo de gestão uma situação de aprendizado permanente para todos os profissionais que integram as equipes de trabalho.

Os perfis profissionais são fontes consideráveis de exploração neste trabalho, até pela valoração, no cotidiano laboral, das chamadas competências e habilidades interpessoais, que vêm tomando o cenário da gestão de pessoas como essenciais para a melhoria do desempenho das interações das equipes de trabalho em saúde frente às exigências e complexidade das organizações, sejam elas públicas ou privadas (MURANI & BEZERRA, 2004).

Tal complexidade é observada na experiência prática do autor desta pesquisa, enquanto Diretor do Departamento da Atenção Básica do município de Rio Claro-RJ, responsável pelo apoio matricial e pelo planejamento de ações em saúde, por aproximadamente sete anos, na vigência daquele cargo. Prática esta que permitiu um olhar diferenciado para a atuação dos enfermeiros gestores das equipes de Saúde da Família em meio às dificuldades aparentemente enraizadas, a partir de considerações de alguns enfermeiros em relação à inabilidade para o gerenciamento técnico-administrativo e de pessoal.

Sendo assim, nasceu o interesse em investigar e analisar o repertório de habilidades sociais de enfermeiras que estão à frente da gestão de pessoal, mais especificamente de equipes de trabalho na atenção primária em saúde (APS) do referido município. Tal estudo almeja alcançar resultados que possam, de alguma maneira, contribuir para a fundamentação de decisões referentes à proposição de estratégias de aperfeiçoamento pessoal e profissional

dos gestores destas equipes, em prol do empoderamento da liderança do enfermeiro e da consequente qualificação na prestação dos cuidados em saúde.

É nesta lacuna, fundamentada pela ainda escassa produção nacional de trabalhos científicos no campo da análise de competências gerenciais e sociais em gestores da saúde, que surge um cenário propício para o fomento de trabalhos acadêmicos destinados à investigação sobre o repertório de habilidades sociais de enfermeiros atuantes na liderança de equipes.

Adentrando, assim ao campo das habilidades sociais, Murari, Costa, Cardoso e Almeida (2003), afirmam a necessidade cada vez maior de se ampliar um modelo de gestão que privilegie o desenvolvimento de habilidades no campo das relações humanas, aspecto tão presente nas condições atuais de trabalho, em especial na atuação de liderança do enfermeiro.

Assim, no que tange os estudos das habilidades sociais, tornou-se *sine qua non* o embasamento teórico nos trabalhos de Almir Del Prette e Zilda Del Prette, precursores no desenvolvimento desta temática no Brasil, além de seus colaboradores. As referentes habilidades são apresentadas pelos autores citados, de forma generalizada, em meio à diversidade conceitual do tema, como uma classe geral de comportamentos que possuem forte probabilidade de produzir consequências reforçadoras para o indivíduo e para as demais pessoas do grupo social.

Os pesquisadores supracitados relatam que, apesar de inúmeros estudos no campo das habilidades sociais envolvendo idosos, crianças, adolescentes e universitários, há poucas pesquisas no ambiente laboral, ainda que haja grande relevância em se desenvolver as relações interpessoais nesse contexto. Destacam que observações no cotidiano laboral evidenciam uma despreparação de profissionais para as demandas de um mercado de trabalho restrito e exigente no que tange às necessidades das relações interpessoais entre pares, subordinados e gerentes. Relações estas comumente muito difíceis e desafiantes (MOSCOVICI, 1998). Consequentemente, o trabalho constitui cenário interativo por sua própria natureza, onde, por si só, demanda um aperfeiçoamento de habilidades de relacionamento interpessoal (PEREIRA, DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2009).

Portanto, ao ingressar neste campo de estudo, a pesquisa analisa as produções de variados autores no que se refere às habilidades essenciais para que um gestor de saúde, mais especificamente o enfermeiro, possa atuar de maneira eficaz junto a sua equipe. Como destaques, podemos citar Santos, Pestana, Guerrero, Meirelles e Erdmann (2013), Nunes, Carvalho, Nicolletto e Júnior (2016) e Carmelo et al. (2016). Este último, por exemplo,

apontou a comunicação e o relacionamento interpessoal como duas áreas de considerável abrangência no rol de competências do enfermeiro líder. Sem falar do destaque para a assertividade, a empatia, entre outras classificações de habilidades sociais que são exploradas no decorrer deste estudo.

Outro direcionamento teórico do trabalho perpassa pela conceituação, classificações e relevância das habilidades sociais para o desenvolvimento pessoal e profissional, assim como a ascensão deste campo de pesquisa no Brasil. Autores como Sheila Murta, Almir Del Prette e Zilda Del Prette, Vicente Caballo e Eliane Falcone foram basilares para o trabalho, principalmente em relação à evolutiva dos temas em habilidades sociais, bem como suas experiências com treinamentos.

Falando de conceitos e estratégias de ação, Del Prette e Del Prette (2010) chamam a atenção para as dificuldades em se definir conceitos generalistas e integrar construtos explicativos frente à característica multifaceta do tema. Ratificam, assim, a variabilidade de teorias, metodologias, técnicas de trabalho e instrumentos de levantamento de dados (podendo variar de acordo com o tipo de habilidades e idade), mesmo com a predominância dos enfoques cognitivo e comportamental.

Ao falar em dados, no que se refere à metodologia acolhida, a pesquisa apresenta o enfoque de uma pesquisa descritiva que, segundo Rudio (1986), tem o interesse em observar e descobrir fenômenos, procurando descrevê-los e interpretá-los. Assim sendo, o presente trabalho se desenvolveu a partir de instrumentos de análises qualitativa e quantitativa com vistas a maior ampliação e completude dos dados.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A atenção primária em saúde no Brasil: uma breve contextualização

Este trabalho tem, como ponto de partida e de sustentação, as ações assistenciais públicas no Brasil desenvolvidas pelo SUS. Um de seus propósitos, para maior contextualização da pesquisa, foi realizar uma apresentação teórica da expansão deste movimento no cenário nacional nos últimos anos, abordando, principalmente, os investimentos em promoção de saúde e estratégias de aperfeiçoamento e formação profissional em prol de um melhor preparo para lidar com os desafios impostos pela atenção primária no país.

Um marco para novos rumos e transformações no âmbito da cultura assistencial em saúde começou a ser vivenciado a partir da Constituição de 1988, por meio das Leis Complementares n. 8.080/1990 e 8.142/1990, que regem, respectivamente, sobre a regulação em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde pública e sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

As diretrizes da universalidade de acesso, da integralidade, da equidade, da participação da comunidade e da descentralização passaram a presidir as ações e as decisões (BRASIL, 2011).

Na década de 1990, a atenção primária foi gradualmente se fortalecendo como condição necessária para a estruturação dos sistemas locais de saúde e para a efetiva consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2007). Conforme sua proposição, deveria ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, este novo pensar em saúde vem demonstrando ser um elemento estratégico na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores e com um potencial regulador e preventivo no que tange aos investimentos em procedimentos de alto custo na assistência à saúde, influenciando, assim, na garantia do

acesso universal a serviços que tragam reais benefícios à saúde da população (BRASIL, 2007).

Dando seguimento, antes de expandir a exploração do assunto, vale o esclarecimento no que tange às citações dos termos Atenção Primária em Saúde (APS) e Atenção Básica em Saúde (ABS) no decorrer do trabalho, enquanto sinônimos em suas aplicabilidades. Da atenção primária proposta em Alma Ata¹, até a atualidade, surgiram derivações que apontam o que se considerava avanço ou especificidade em relação à proposta original. Nesse sentido, pode-se encontrar na literatura termos como: atenção primária à saúde, atenção primária seletiva, atenção primária orientada para a comunidade, atenção primária renovada e atenção básica. No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de Atenção Básica para definir a APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (BRASIL, 2007).

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde. Uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva o estudo, o atendimento e a busca pela resolução das necessidades em saúde da população. Sua maior relevância está no fato de ser “[...] *aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada do sistema para todas as novas necessidades e problemas [...]*” (STARFIELD, 2002, p. 28).

Este primeiro contato – busca primária pelos serviços – significa acesso e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento. Um serviço é porta de entrada quando a população e a equipe o identificam como o primeiro recurso de saúde a ser buscado mediante a vivência de um problema de saúde (BRASIL, 2007). Contudo, não somente a busca, como também, a permanência do usuário no SUS, ou melhor dizendo, a construção de um vínculo com aquela equipe (ou profissional da equipe), dependerá “[...] *da boa resolutividade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada na pessoa (e não da doença), na família e na comunidade*” (BRASIL, 2007, p. 39).

Assim, já adentrando no processo de surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, destacam-se publicações de documentos de considerável relevância pelo CONASS, visando a instituição e fomento de ações voltadas para a reorientação do modelo assistencial no país. Desse modo, “*ao incorporar em seus documentos a visão do PSF como*

¹ A Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS, aprovou, por unanimidade, como meta de seus países membros a “saúde para todos no ano 2000”, tendo como definição de atenção primária “uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação (OMS, 1979).

uma estratégia de APS, o CONASS deu passo importante na qualificação desta estratégia.” (BRASIL, 2007, p. 19).

A citação acima fundamenta o documento, intitulado “Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos”, que é resultante das propostas aprovadas no 2º Seminário do CONASS, realizado em Salvador, Bahia, nos dias 27 e 28 de novembro de 2003. Ficou assim definido que o PSF seria uma estratégia prioritária para o desenvolvimento da atenção primária no SUS. A partir deste feito, o PSF passou a ser considerado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, tendo como princípios básicos: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, integralidade, resolutividade, intersetorialidade, entre outros (BRASIL, 2007).

Em consequência ao processo dinâmico de evolução no âmbito da atenção primária, em meio aos anseios de cumprimento de metas e prestação qualitativa dos serviços em saúde, a PNAB regulamentada pela Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, estabeleceu revisões de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, tendo como foco o PSF (BRASIL, 2007).

Com isso, a atenção primária, em termos de uma conceituação generalista e funcional, pode ser caracterizada por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, reabilitação, entre outras ações. Ainda de acordo com a PNAB, este campo de atuação da saúde é desenvolvido por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe (BRASIL, 2007).

Nesta vertente, vale considerar que o desafio central, do qual derivam muitos outros, é o da valorização política e social do espaço da APS junto a gestores, academia, trabalhadores, população e mídia. Contudo, o PSF é compreendido atualmente, não mais, apenas, como um programa, mas sim como uma estratégia de saúde, passando a ser utilizado oficialmente a nomenclatura “Estratégia de Saúde da Família”. Apesar dos enormes avanços e conquistas nos últimos anos, a ESF ainda enfrenta muitos desafios para se tornar hegemônica enquanto uma proposta capaz de mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo fragmentado existente (BRASIL, 2007).

Sendo assim, em meio aos desafios das eSF enquanto instrumento estratégico para a modificação da realidade cultural da demanda de serviços em saúde no país, primou-se, neste momento do trabalho, pela elucidação dos objetivos específicos que norteiam as ações da

atenção básica, entendendo como relevante uma exposição metódica dos fundamentos e objetivos desta estratégia de saúde de acordo com às descrições da PNAB:

- (a) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;*
- (b) efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e a coordenação do cuidado na rede serviços;*
- (c) desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;*
- (d) valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação;*
- (e) realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação e*
- (f) estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2007, p.23).*

Um destaque na presente pesquisa, frente aos variados desafios e objetivos da APS, está na exploração do perfil profissiográfico do gestor da área, como também, nas propostas de aperfeiçoamento e formação destes gestores enquanto profissionais responsáveis pela estruturação e condução de suas equipes de trabalho.

Esse desafio inicia-se na gestão da APS nos níveis centrais das três esferas de governo e chega à ponta do sistema como uma dificuldade patente de contratação pelo setor público, de profissionais com perfil adequado ao que se pretende e se espera da APS. (BRASIL, 2007, p. 28 – *grifo nosso*).

O estudo sobre a política de desenvolvimento de pessoas que perpassa o cotidiano das ESF será melhor evidenciado no subitem posterior, o que não nos impede de já abordar o tema, devido a sua importância para a qualificação e expansão de quaisquer práticas neste cenário. Neste sentido, considera-se que:

É urgente, também, a necessidade de qualificação do processo de educação permanente dentro da perspectiva de atendimento à demanda social, de um sistema de saúde resolutivo e eficiente, aumentando a presença das universidades junto à estratégia de SF. (BRASIL, 2007, p. 28).

As eSF surgem como principal estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com um maior potencial para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos desta atenção, ampliar a

resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Em tom de apresentação estrutural e funcional de uma eSF vale a exposição das especificidades que compõem e caracterizam esta estratégia do SUS, mediante as descrições da PNAB (BRASIL, 2012). Com relação à composição da equipe multiprofissional, ficou estabelecido que esta seja formada por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal, a saber: cirurgia-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

Já no campo funcional do serviço, pode-se destacar, quanto às suas principais funções: (a) definição do território de atuação; (b) programação e implementação das atividades em saúde de acordo com a demanda populacional de abrangência; (c) desenvolvimento de ações de priorização aos grupos de riscos, acolhimento e escuta qualificada; (d) promoção de atenção integral, contínua e organizada; (e) atenção à saúde nos mais variados espaços; (f) desenvolvimento de ações educativas; (g) implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão; (h) participação no planejamento local em saúde, ações intersetoriais, estratégias de fortalecimento de gestão local e atenção domiciliar em casos específicos (BRASIL, 2012).

Tal contextualização metódica referente à estrutura para a formação da equipe de profissionais bem como às funções abrangentes competentes a esta mesma equipe, serve como uma apresentação inicial no que tange às responsabilidades mínimas dos componentes das ESF, em especial do gestor que liderará a construção destes processos. Tendo em vista a complexidade dos desafios supracitados, como ponto basilar e condicional para um serviço transformador das ações assistenciais na saúde primária, entende-se, num primeiro momento, que:

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. (BRASIL, 2012, p. 38).

Neste cenário, torna-se relevante destacar a condição notória do processo permanente e contextualizado de qualificação, aperfeiçoamento e formação dos profissionais integrantes

destas equipes, em meio a desafios técnico-administrativos, gerenciais e estratégicos que perpassam as relações inter e intrapessoais das práticas na ESF. A consolidação e o aprimoramento da atenção primária como reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Neste contexto, os desafios e avanços dos processos de desenvolvimento profissional na atenção básica, em seus aspectos gerais, serão abordados mais detalhadamente a seguir para uma melhor compreensão dos rumos das propostas formativas em saúde.

1.1.1. O direcionamento das políticas de desenvolvimento profissional na saúde pública

A fim de compreender os caminhos das políticas de desenvolvimento de profissionais da saúde pública no Brasil, torna-se essencial abordar as iniciativas, evoluções e direcionamentos do aperfeiçoamento, e, até mesmo, da formação destes trabalhadores com vistas a um melhor preparo para o enfrentamento de desafios da assistência em saúde. Realizando um breve apanhado histórico, tendo em vista o embasamento da trajetória das políticas de recursos humanos na saúde, vale a afirmação de que, durante um longo período, iniciado na década de 1950 e estendido até meados dos anos 1980, a preocupação dos gestores públicos na área da saúde voltava-se, na prática, apenas para o financiamento e a organização da assistência à saúde. A questão de recursos humanos, ainda que estivesse presente na retórica como basilar, não se traduzia em foco de atenção vinculado à organização da produção do próprio trabalho na sociedade (BRASIL, 2011).

Esta condição de ser mais um insumo, ao lado dos recursos financeiro e material, não era específica dos recursos humanos da saúde pública, pois, como argumenta Marras (2000), mudanças significativas no gerenciamento de pessoas no contexto organizacional privado só começou realmente a demonstrar um viés humanístico a partir de meados da década de 1980, quando as empresas começaram a entender o potencial humano como fator diferencial nos resultados de produções e serviços privados. Frente à globalização, ainda incipiente, transformações significativas na maneira de se investir nos, até então denominados, “recursos humanos”, movimentaram o cenário das multinacionais em prol da valorização de sua principal estratégia para a conquista da qualidade almejada: o homem. Nas palavras do autor:

Retornou-se a preocupação com o viés do humanismo e, principalmente, com a necessidade de profissionais com visão abrangente, horizontalizada, não somente no

que dizia respeito aos contornos organizacionais mas, no caso do ARH, principalmente em relação ao indivíduo como ser humano. (MARRAS, 2000, p. 30).

Acompanhando essas mudanças dos modelos organizacionais, houve uma maior valorização nos serviços, também, do trabalhador da saúde, que atingiu uma posição de destaque interessante a partir desse reconhecimento da centralidade do homem nas engrenagens organizacionais, como fator diferencial para o alcance dos resultados almejados. De acordo com Lemos (2015), no Brasil, com o SUS e os novos desafios assumidos e já vivenciados, a formação dos trabalhadores da saúde passa a ter maior ênfase. Assim, deu-se a necessidade de se promover discussões sobre a gestão do trabalho, gestão de pessoas e qualificação dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

Por conseguinte, compreendeu-se que:

Nessa conjuntura, novas competências são requeridas dos trabalhadores e gestores, o que implica redefinir as formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, impondo a criação de instrumentos gerenciais essenciais a essa nova abordagem de gestão de recursos humanos, incidindo, principalmente, na incorporação e remuneração da força de trabalho, com requerimentos crescentes de especialização dos trabalhadores. (BRASIL, 2011, p. 12).

Neste contexto, para melhor entendimento do emprego semântico da palavra competência, vale apresentar definições do termo mais generalizadas, propostas por teóricos de áreas de gestão de pessoas, sem querer adentrar muito no mérito da questão, já que, no momento, a discussão conceitual do termo não tem um mérito privilegiado na proposição deste estudo. Então, aproveitando o ensejo, Carbone (2006, p.43) define a competência no trabalho como:

[...] o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para exercer determinada atividade, mas também como o desempenho expresso pela pessoa em determinado contexto, em termos de comportamentos e realizações decorrentes da mobilização e aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes no trabalho [...] que agregam valor a pessoas e organizações.

Além de discussões gerais sobre o tema, Carbone (2006) aponta a singularidade das competências humanas e sua hegemonia sobre as competências técnicas, destacando ainda a importância de competências do gestor no alinhamento de esforços, de maneira que as competências humanas possam gerar e sustentar as competências organizacionais necessárias à execução dos objetivos traçados. O gestor é entendido como qualquer profissional que lidere, supervisione ou coordene equipes de duas ou mais pessoas. Neste mesmo caminho,

Fialho define competência “[...] como uma ampla combinação de conhecimentos, habilidades e características pessoais que resultam em comportamentos que podem ser observados e avaliados” (2006, p.77).

Em seguimento às mudanças paradigmáticas, o aparato transformador, que perpassou a década de 1990, também chegou até a saúde pública, caracterizado por mudanças tecnológicas, mais coloquialmente conceituado de “globalização”, na qual a extinção de fronteiras no mercado de trabalho alavancou fortes concorrências e mudanças significativas nas exigências da qualificação profissional. Tal argumentação fica clara nos apontamentos do CONASS (2011), no que diz respeito às necessidades de uma qualificação polivalente, multiquificada por parte do trabalhador da assistência e da gestão, o que gera, como condição fundamental, avaliações das habilidades atuais e determina, assim, novos comportamentos sociais.

Neste contexto, reiterando a centralização do homem como principal responsável pela engrenagem da máquina organizacional, sendo ela pública ou privada, a 1ª Conferência Nacional Temática de Recursos Humanos (CNRHS/1986), destacou três principais núcleos temáticos:

- (a) a valorização do profissional na inserção nas instituições de saúde, das carreiras profissionais, da formação das equipes de saúde e do desafio da nova gerência de serviços;
- (b) o desenvolvimento de recursos humanos, sob a ótica da formação e aprimoramento de pessoal dos níveis médio e elementar, ensino de graduação e pós-graduação, educação continuada e integração docente-assistencial;
- (c) o compromisso social – nova ética para os trabalhadores de saúde na busca da dignidade profissional, de um redimensionamento das relações entre profissionais e usuários de serviços.

O processo de implementação do SUS, ao longo do tempo, foi assinalando a necessidade de novos modelos assistenciais que dessem conta de suas premissas centrais – equidade, integralidade e universalidade –, demandando, assim, não somente um quantitativo maior de profissionais, mas também destacando a premência na mudança do perfil do quadro de recursos humanos na área da saúde. As mudanças na formação dos profissionais de saúde, bem como o conseqüente desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, baseadas nas novas diretrizes curriculares, se prenderam a perfis profissionais mais inseridos na dinâmica laboral cotidiana, sensibilizados para o trabalho em equipe e contextualizados com a

realidade social, na busca por uma prática profissional calcada em relações humanizadas e estreitas com a população (BRASIL, 2011).

A dinâmica transformadora em curso, além de enfrentar os desafios herdados da conjuntura hospitalocêntrica na saúde pública, requer um novo perfil dos trabalhadores e dos gestores de saúde para atuar e construir coletivamente as estruturas do sistema, tanto do ponto de vista do modelo assistencial quanto da formação e da qualificação em saúde (BRASIL, 2011).

Dessa forma, pela Lei n. 8.080/90 ficou definido em seu Título IV – Dos Recursos Humanos, artigo 27, que:

[...] a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento aos seus objetivos de organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, e de valorização da dedicação exclusiva aos serviços do sistema único de saúde.

Contudo, vale a ressalva de que somente em 2003 foi criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde, que assumiria a responsabilidade de formular políticas direcionadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. Um ano após, foi implantada a PNEPS, pela portaria 198 de 13 de fevereiro de 2004 (LEMOS, 2015).

Uma pesquisa, realizada pelo CONASS, em 2004, sobre a estruturação da área de Recursos Humanos, nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, discutiu os principais problemas, no campo de recursos humanos, a partir dos três eixos principais em torno dos quais se orienta a gestão do trabalho nesse novo cenário político e econômico: o processo de planejamento e gestão, a gestão do trabalho em saúde e o desenvolvimento e a formação de recursos humanos (BRASIL, 2011). Este último eixo de considerável interesse da presente proposta de investigação.

De acordo com o CONASS, as conclusões apresentadas nesse relatório apontam a necessidade de desenvolver mecanismos próprios nessa área, para melhorar o seu desempenho, indo além das grandes definições acordadas em fóruns e colegiados do setor (BRASIL, 2011). Fato que já sugere a discussão de micropolíticas de recursos humanos (gestão, formação, aperfeiçoamento) em consideração às especificidades situacionais de ambientes laborais, em congruência com a PNEPS.

Sendo assim, e tendo em vista o processo vigente de transformação no âmbito da gestão do trabalho no SUS, faz-se substancial considerar fatores importantes no desenvolvimento de mudanças na gestão do trabalho, que incluem a busca e/ou o aperfeiçoamento de novas competências dos trabalhadores, implicando a redefinição das formas de selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades (BRASIL, 2011).

Deste modo, vale a ousadia da afirmação de que, apesar do reconhecimento da aplicação de conhecimentos técnico-científicos para a resolutividade de tarefas gerenciais, o profissional da saúde necessita aperfeiçoar suas habilidades interpessoais no ambiente de trabalho para a real efetividade do poder resolutivo. Assim, a aprendizagem não pode se limitar a um fazer operacional e acrítico, desvinculado do contexto de atuação profissional e de uma reflexão constante sobre o próprio saber. Ela precisa ser significativa.

Um pressuposto importante da educação permanente é o da aprendizagem significativa, um componente da aprendizagem de adultos, que parte do ‘desconforto’ sentido pelo indivíduo ou pela organização ao perceber que sua forma de atuar ou pensar é insuficiente para a resolução de determinado problema. Se esse problema tem significado para o indivíduo e é capaz de dialogar com o passado acumulado por ele, então se pode desenvolver um aprendizado significativo. (BRASIL, 2011, p. 49).

Neste sentido, iniciamos o atento para os processo de ensino-aprendizagem no âmbito da saúde pública, inferindo que as mudanças nas políticas e nas estratégias de formação e aperfeiçoamento do profissional da saúde vêm sendo difundidas a partir da adoção de novas metodologias de aprendizagem, que, nesta conjuntura, tornam-se ativas e facilitadoras da construção de conhecimentos de modo processual. Essas metodologias, que poderiam ser conceituadas como deuteroaprendizagem ou “aprender aprendendo”, levam em conta experiências vivenciadas durante a prática assistencial. Reitera-se, então, a relevância das competências humanas, conforme ressaltadas por Carbone (2006).

Nesta ótica, opõe-se à oferta de um grande volume de informações e de uma formação altamente qualificada, do ponto de vista técnico, mas que não prepara os profissionais para a realidade que enfrentarão nas rotinas dos serviços, que também requerem, por exemplo, competências interpessoais na lida com equipes e pares (BRASIL, 2011).

Os novos rumos da Política de Recursos Humanos na saúde pública vêm se instituindo através de ações e parcerias entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde, como, por exemplo, a iniciativa de implementação das então aprovadas Diretrizes

Curriculares, fundamentadas ao final de 2001. Neste sentido, vale o adentro sobre criação de um Programa de Estímulo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, o chamado Promed. O Programa apoiou e sustentou dezenove escolas médicas no processo de mudança curricular. Em 2005, tendo como referência o modelo do Promed, surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que, em seus eixos centrais, prevê a consolidação de um modelo de aprendizagem mais ativo, em que o ensino volta-se à realidade da assistência à saúde pelo SUS, fortalecendo a relação entre ensino e prestação de serviço (BRASIL, 2011).

Além das iniciativas supracitadas, num histórico evolutivo de ações que visam o desenvolvimento profissional, cabe a citação, também, dos Polos de Capacitação, Formação e EPS para a adequação e desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais inseridos nas eSF, elaborado em três vertentes: a curto prazo, capacitação e educação permanente. Incluem várias estratégias de fortalecimento da política, dentre elas a Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae); a Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde – Aperfeiçoamento de Gestores; o Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus); e a Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde – Especialização de Equipes Gestoras (BRASIL, 2011).

Como resultado, pode-se afirmar que esses programas promoveram, sim, uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS, estimulando o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação, introduzindo alterações importantes nos modelos hegemônicos de formação e de cuidado em saúde. Contudo, continuaram trabalhando de forma desarticulada ou fragmentada e tiveram limitada capacidade de produzir impactos sobre as instituições formadoras, no sentido de fomentar os processos de mudança e promover alterações nas práticas culturais dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões (BRASIL, 2011).

Novos rumos continuaram a ser traçados na busca por resultados mais qualitativos, em conformidade com o ideal proposto para atendimento às demandas do SUS. Em 2004, os gestores do SUS iniciaram um processo de discussão para a revisão do processo normativo do SUS e, em 2006, foram pactuadas as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida. O Pacto pela Vida é uma dimensão constituída por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das

prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Outras duas dimensões compõem as diretrizes: Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

Em relação ao Pacto de Gestão, vale uma consideração no que se refere às responsabilidades dos municípios, esfera política onde se insere a proposta do presente trabalho dissertativo. A finalidade é formular e promover a gestão da EPS e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando necessário, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento.

No contexto das políticas públicas para o desenvolvimento do profissional da saúde, verificou-se a importância de ações de cunho gerencial vislumbrando uma mudança de paradigma na esfera de formação e aperfeiçoamento de pessoal no setor da saúde. Assim, sugeriu-se que estratégias mereceriam ser pensadas e propostas, sistematicamente, visando o empoderamento do profissional da saúde, no que diz respeito à qualificação para o atendimento das reais exigências assistenciais do SUS.

Assim, esses desafios gerenciais são fundamentados pela revisão da nova PNAB ao apresentar a função do gerente da atenção básica, recomendando sua inclusão funcional nas eESF, visando a contribuição para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho das equipes, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. Em meio à afirmação desta importância o documento evidencia quais seriam as principais funções do gerente de atenção básica, iniciando pela necessidade de se apresentar um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com experiência na atenção básica, com o papel de garantir o planejamento em saúde, em comunhão às demandas do território e da população local.

Dentre às atribuições gerenciais foram destacadas algumas que pareceram ter maior contextualidade no que tange à proposta deste estudo, como por exemplo: o conhecer e disseminar de normas e diretrizes incidentes sobre a atenção básica a fim de orientar a organização do processo de trabalho; participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais; orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na atenção primária sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, como também, para a mediação de conflitos e resolução de problemas.

O documento expõe a necessidade de estimular o vínculo entre os profissionais em favorecimento ao trabalho em equipe; desenvolver uma gestão participativa e fornecer estímulo à participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social, além de identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a educação permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros; qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento, entre outras funções evidenciadas na própria portaria.

Como referencial para um melhor entendimento das funções gerenciais de uma equipe de ESF, a nova PNAB traz o detalhamento de ações a serem desenvolvidas por gerentes, fomentando a importância deste profissional para a organização do trabalho na atenção básica.

1.2. Aspectos da formação gerencial do enfermeiro

Frente às proposições de fortalecimento da EPS, vale o destaque, neste trabalho, para as reformulações nos processos de formação do enfermeiro no Brasil. Assim, em 2001, uma comissão do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº 1133 / 2001, após análises de propostas de Comissões de Especialistas de Ensino, instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais de Cursos de Graduação da área da saúde, mais especificamente a minuta de resolução que aborda o curso de enfermagem.

Como resultado das análises, a Comissão do CNE/CES trouxe à instituição das Diretrizes Curriculares no processo de formação do enfermeiro a tarefa de dotar esses profissionais de conhecimentos requeridos para o desenvolvimento de competências e habilidades gerais em preparação às exigências das demandas da prática profissional. Neste sentido, as competências foram definidas na minuta do CNE/CES (2001) como:

Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção, e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. (pp. 20-21).

Em relação a essa competência, Peres e Ciampone (2006) relatam que não se constitui, de forma direta, como um objeto de trabalho desenvolvido pelos gerentes, mas que pode ser

entendida como uma finalidade indireta na atuação do enfermeiro gerente. Explicando melhor esta afirmação, as autoras, ao descreverem as subdivisões do trabalho do enfermeiro, destacaram o cuidar técnico e o gerenciamento como os norteadores da atuação do enfermeiro. Em continuidade fazem alusão à indissociabilidade do gerenciar e do cuidar e suas relações com a finalidade geral de atenção à saúde.

Neste contexto, Peres e Ciampone (2006) afirmam que o gerenciamento realizado pelo enfermeiro é resultado da composição histórica da força de trabalho da enfermagem que sempre buscou a promoção da divisão técnica e social do atuar da profissão. Porém, ao mesmo tempo, o gerenciar é configurado como um instrumento do processo de cuidar e pode ser compreendido, em sua correlação com a competência de atenção à saúde, como um processo de trabalho decomposto em seus elementos constituintes como a gestão de pessoas e a organização do trabalho.

Os elementos citados têm a finalidade de gerenciar e promover a qualificação de recursos humanos e a organização do trabalho para se obter condições adequadas de assistência e de trabalho na busca pela atenção à saúde (PERES & CIAMPONE, 2006). Por conseguinte, a sobreposição entre o “cuidar” e o “gerenciar” em enfermagem bem como a relação com a competência em discussão é compilada pelas autoras ao referirem que:

Essas funções gerenciais apontadas como responsabilidade do enfermeiro, permitem vislumbrar caminhos para compreender com maior clareza que ‘gerenciar’ é uma ferramenta do processo de trabalho ‘cuidar’ ao exemplificar como o enfermeiro pode fazer uso dos objetos de trabalho ‘organização’ e ‘recursos humanos’ no processo gerencial que por sua vez, insere-se no processo de trabalho ‘cuidar’ que possui como finalidade geral à atenção à saúde evidenciada na forma de assistência [promoção, prevenção, proteção e reabilitação]. (p. 494).

Neste cenário, torna-se relevante a apresentação e breve discussão sobre alguns dos campos de conhecimento para o desenvolvimento de habilidades, considerados como essenciais, apontados nas diretrizes curriculares de formação do enfermeiro. Na medida, em que também se destacam na área de atuação gerencial, como: tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento e educação permanente.

(a) Tomada de decisões: “o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-afetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem

possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas” (CNE/CES, 2001, p. 21).

No que tange à competência e às habilidades para a tomada de decisão do enfermeiro na proposta das Diretrizes Curriculares, Peres e Ciampone (2006) destacam a importância dos aspectos políticos e sociais ao descreverem que por muito tempo profissionais de saúde, atuantes como gestores, desenvolviam ações de planejamento com base no processo decisório² fundamentado pela racionalidade e eficiência. Neste cenário, o planejador desconsiderava as esferas políticas e sociais, partindo de um conhecimento técnico para controlar as variáveis de um ambiente estável de trabalho, basicamente uma forma de atuação idealista para todos os contextos.

Contudo, discussões mais recentes trouxeram, como um embasamento da ferramenta do planejamento estratégico, uma ampliação do saber técnico, incorporando relevantes dimensões, como a política e a social. Assim, abriu-se um leque para que as habilidades de tomada de decisão dos enfermeiros se pautassem, também, na análise situacional de cada proposta levando em consideração outros aspectos que envolvem a atuação gerencial de tomada de decisão.

(b) Comunicação: “os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação” (CNE/CES, 2001, p. 21).

Para Peres e Ciampone (2006), o profissional deve ter a comunicação como uma de suas principais habilidades, sendo necessário saber comunicar-se e gerenciar a comunicação com clientes e profissionais. Nesta ótica, a demanda cada vez maior de trocas de informações entre serviços, profissionais e instituições impulsiona a importância destas habilidades para o

² Por muito tempo, utilizou-se como base para o processo decisório o modelo de planejamento normativo originado pelo convênio Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) com o Centro de Estudos Del Desarrollo (CENDES), que tinha como princípio preparar tecnicamente os profissionais de saúde para elaborar planos que concorressem às verbas do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BDI).

enfermeiro, abordando dois aspectos que sustentam o trabalho do gestor em saúde: as informações que evidenciam o trabalho em saúde e a comunicação interpessoal.

O primeiro orienta o enfermeiro à identificação de problemas individuais e coletivos na população, a partir de uma visão epidemiológica, em prol de uma análise situacional para a busca de alternativas de encaminhamento e planejamento para a resolução de problemas. Neste cenário, surge um instrumento em potencial na rede de comunicação da saúde que vem dinamizando e modificando as formas de comunicação do ambiente de trabalho do enfermeiro. Em destaque, neste caso, está o sistema informatizado de informações que pode se destinar ao apoio à gestão de pessoas, ao processo decisório, velocidade nos resultados, motivação e comunicação das equipes, facilitando, ainda, a troca de informações entre os diferentes níveis organizacionais (PERES & CIAMPONE, 2006).

Por fim, as autoras acima citadas, evidenciam a essencialidade da competência comunicacional para a gerência de enfermagem, afirmando que essa competência é necessária para que o enfermeiro possa conquistar relações pessoais e profissionais mais significativas, exercitando uma maior autoconsciência, aceitação das diferenças e ampliação dos caminhos de ensino e pesquisa.

Por conseguinte, frente à comunicação interpessoal, Peres e Ciampone (2006), relatam que:

[...] a competência em comunicação pode ser conceituada como um processo interpessoal que deve atingir o objetivo dos comunicadores, pressupor conhecimentos básicos de comunicação, possuir consciência do verbal e do não verbal nas interações, atuar com clareza e objetividade, promover o autoconhecimento na busca de uma vida mais autêntica. (p. 498).

Em suma, Peres e Ciampone (2006) sintetizam algumas habilidades definidas como essenciais para o desenvolvimento da competência comunicacional, incluindo a escuta ativa, a administração de conflitos, trabalho em equipe, negociação, normas e padrões de comunicação no ambiente organizacional entre outras abordadas pelas autoras.

(c) *Liderança: “no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz” (CNE/CES, 2001, p. 21).*

Em relação à competência de liderança, em enfermeiros, Peres e Ciampone (2006), trazem a valorização do estilo de liderança no contexto organizacional. Assim, apontam para uma liderança de cunho situacional, onde nenhum estilo de liderança é ideal para todas as situações de trabalho com a equipe, fundamentando então, a relevância de habilidades de análise situacional e flexibilidade nas relações interpessoais de um líder. Neste sentido, pode-se referenciar essas descrições aos relatos de Del Prette e Del Prette quando destacam a condição situacional da eficácia das habilidades sociais, levando em consideração as habilidades do indivíduo que exerce o cargo de liderança, sua habilidade em demonstrar seus conhecimentos a partir de um desempenho social eficaz e flexibilidade de ação de acordo com a natureza situacional.

(d) Administração e gerenciamento: “os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde” (CNE/CES, 2001, p. 21)

Em se tratando dos processos de administração e gerenciamento, Peres e Ciampone (2006) inferem sobre a divisão técnica do trabalho do enfermeiro, desde o advento da enfermagem moderna, em que enfermeiras de nível social inferior prestavam serviços assistenciais diretamente com os pacientes, enquanto que as de nível social mais elevado realizavam tarefas de gerenciamento e ensino, por possuírem uma qualificação diferenciada. Afirmam também que o saber administrativo na enfermagem foi consolidado pela necessidade desses profissionais organizarem as instituições hospitalares.

Neste sentido, dentre os conhecimentos elencados como indispensáveis para o desenvolvimento da competência de administração e gerenciamento na prática do enfermeiro estão: a capacidade de interação, gestão de pessoal, planejamento e tomada de decisões (Peres e Ciampone, 2006).

(e) Educação permanente: “os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações

de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais” (CNE/CES, 2001, p. 21).

Conforme já explorado anteriormente neste trabalho, a EPS reaparece nesse referencial de apresentação das propostas de competências fundamentais por parte das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área da saúde. Assim, mais especificamente descrevendo sobre esta competência na formação e no exercício prático do profissional de enfermagem, Peres e Ciampone (2006) destacam que o envolvimento do enfermeiro no processo de EPS deverá ocorrer a partir do desenvolvimento contínuo de habilidades e competências coerentes com as necessidades do cenário de saúde para que realmente venham a produzir mudanças qualitativas no seu processo de trabalho do enfermeiro.

No entanto, apesar da proposição das Diretrizes Curriculares Nacionais, ainda pode-se evidenciar dificuldades na formação proporcionada pelos cursos de graduação em enfermagem. Em consequência disso, Peres e Ciampone (2006) apontam para a importância dos cursos de graduação em enfermagem, que ofertam a licenciatura, em revisarem suas abordagens para que o enfermeiro também consiga exercer o processo educativo informal, presente nas relações cotidianas de trabalho em saúde, vivenciando em sua prática a proposta do aprender a aprender a partir das vivências interpessoais.

1.2.1. A Gerência do profissional de enfermagem na saúde pública

A partir da década de 1990, com o advento do SUS e demandas decorrentes do cuidado em saúde, além das transformações no mundo do trabalho, intensifica-se o debate acerca das mudanças necessárias na gestão/gerência e organização do trabalho em saúde (SANTOS et al., 2013).

São novos saberes, novas habilidades e, principalmente, novas atitudes e compromissos e, por consequência, novas competências e novos perfis profissionais no trajeto para viabilizar a saúde. Torna-se necessário, portanto, ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde tanto na dimensão técnica especializada quanto na dimensão técnico-política, comunicacional e de inter-relações pessoais, para que eles possam participar como sujeitos integrais no mundo do trabalho e

atender as necessidades e a magnitude do compromisso assumido pelo SUS. (BRASIL, 2007, p. 59 – *grifo nosso*).

A formação e o conseqüente desenvolvimento de profissionais da saúde tornam-se uma preocupação recorrente de gestores, instituições educativas e de profissionais de diversos campos do saber. Este cenário vem crescendo no âmbito da saúde pública, onde o processo de ensino-aprendizagem não se resume ao saber técnico-científico, evidenciando uma demanda pela construção de um saber-fazer a partir de modos de gestão e cuidado contextualizados e singulares. Esta valoração do processo contínuo de formação no cotidiano do trabalho é destacada na ideia de indissociabilidade nas relações entre trabalho-formação-intervenção-gestão, defendida por Vasconcelos, Nicolotti, Silva e Pereira (2016).

Tal indissociabilidade e as peculiaridades deste processo de formação profissional estão fundamentadas e evidenciadas, no saber-fazer, pela PNEPS, apresentada no cenário nacional em 2003.

Nesta perspectiva, o plano de reordenação de recursos humanos do Sistema de Saúde Brasileiro preconiza a educação permanente no trabalho visando alcançar perfis profissionais orientados pela necessidade de saúde da população. A educação permanente baseada no aprendizado contínuo é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito no que tange ao seu auto aprimoramento e direcionando-o a busca da competência pessoal e profissional. (CARMELO, et al., 2016, p. 82).

O processo de autodesenvolvimento por parte do gestor da equipe de saúde, em busca da melhoria contínua, tem como objetivo e meta, concomitante, a necessidade de se atentar também às lacunas de habilidades de sua equipe de trabalho, a fim de criar estratégias de ensino-aprendizagem para que o processo de EPS seja realizado sistematicamente no próprio serviço, em conformidade com a PNEPS, do Ministério da Saúde (CARMELO et al., 2016).

Contudo, no contexto atual em que o mundo do trabalho vem passando por transformações e mudanças de paradigmas que exigem trabalhadores multifuncionais e integrados à equipe e à organização, o enfermeiro gerente do cuidado de enfermagem deve ir além do ato de cuidar diretamente, assumindo as atribuições de gerenciar relações e não somente supervisionar a execução de procedimentos (CARMELO et al., 2016, p. 81)

A questão da formação do profissional da saúde vem, ao longo dos anos, se debruçando, consideravelmente, na temática das competências profissionais do enfermeiro enquanto gestor de unidades de saúde, visto que, segundo Carmelo et al. (2016), o pessoal da enfermagem é representativo nos recursos humanos inseridos nestes serviços. Na completude,

Nunes et al. (2016) afirmam que o profissional de enfermagem é o que mais desenvolve a função gerencial (mesmo que informalmente) nas unidades de saúde, o que constataram em levantamento realizado em município de pequeno porte do Norte do Paraná.

Entendida por Moscovici (1998) como a capacidade de lidar com outras pessoas de maneira adequada à especificidade situacional, a competência interpessoal foi avaliada em outro estudo, desenvolvido por Rocha e Murani (2013) junto a enfermeiros coordenadores de equipes de saúde da família no município de Goiânia - GO. Foi verificado que das 125 equipes de ESF, 124 eram conduzidas por enfermeiros. Estes autores apontam que o fato do enfermeiro estar assumindo cada vez mais o papel de gerenciamento de equipes de unidades de saúde tem exigido destes uma visão mais abrangente na coordenação de todo o trabalho enquanto mediador e articulador das ações, responsabilizando-se pela organização do ambiente, do cuidado e das pessoas, sejam elas usuários ou profissionais da própria equipe.

Assim, emerge a necessidade de construção de maneiras interativas, criativas e inovadoras no gerenciar do enfermeiro, de modo a transpor os limites institucionais do cuidado tradicional, fundado no pensamento positivista, a partir do desenvolvimento de habilidades não somente técnicas, como também de cunho intra e interpessoal, refletindo e questionando o descompasso entre a formação e a prática desse profissional (SANTOS et al., 2013).

Para Santos et al. (2013), este descompasso entre o processo de formação, o desenvolvimento de competências gerenciais e a *práxis* do enfermeiro na gestão de equipes, resulta em tensões e conflitos, bem como em ações gerenciais limitadas ao controle de material e pessoal. Neste sentido, visando o despertar de novas abordagens gerenciais no cuidado em saúde, os pesquisadores sugerem a proposição de experiências diversificadas para os graduandos de enfermagem, capazes de oportunizar maior interação social e o trabalho em equipe, em especial no trabalho de liderança de equipes. Para tanto, novas habilidades e competências fazem-se necessárias: noções de organização e planejamento do trabalho, baseadas no uso correto de informações de saúde, trabalho em equipe, liderança, envolvimento com a comunidade, entre outros aspectos (BRASIL, 2011).

Em congruência, Mendes (2014, p. 379) afirma que “*os novos modelos do mundo do trabalho buscam profissionais altamente capacitados e socialmente competentes, que atuem de maneira assertiva em suas relações interpessoais de forma motivadora, ávida e inspiradora perante a sua equipe de trabalho, com foco nos resultados*”. Nesta direção, o *Nursing Leadership Institute* (NLI) desenvolveu um modelo de competência para enfermeiro

gerente, mapeando competências basilares para o alcance de resultados e metas: (a) domínio pessoal; (b) efetividade interpessoal; (c) gestão financeira e de recursos humanos; (d) cuidados com a equipe, com os usuários dos serviços e consigo mesmo e (e) pensamento sistematizado (CARMELO, 2016; ROCHA & MURANI, 2013). Ainda sobre as atribuições do gerente de saúde, discorrem sobre a utilização máxima das habilidades da equipe de trabalho, habilidade interpessoal, gerenciamento de conflitos, liderança e tomada de decisão.

Uma das habilidades citadas por Carmelo et al. (2016) como de considerável importância na atuação do enfermeiro gestor é a comunicação no ambiente de trabalho, de maneira que possa sensibilizar a equipe, buscando motivação, aumento da produtividade e o consequente alcance de metas, tão exigidas nas matrizes direcionais do Ministério da Saúde. De modo similar, Fradique e Mendes (2013), em estudo realizado em Portugal a respeito dos efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem, também apontam a habilidade da comunicação como essencial para o exercício da influência na coordenação das atividades em grupo, de maneira a efetivar o processo de liderança.

Outra competência destacada por Carmelo et al. (2016) é a interpessoal, vista como um meio transformador da prática do enfermeiro gerente, ao permitir que este venha mapear, avaliar e administrar os conflitos de maneira mais saudável. Em comunhão, Murani e Bezerra (2004) relatam desafios encontrados pelo enfermeiro gestor no seu fazer diário, tais como a falta de confiança no outro, a dificuldade em dar e receber feedback e a ausência de empatia. Tal cenário torna as relações superficiais, com resultados pouco positivos na convivência diária. Nessa perspectiva, o desenvolvimento de competências interpessoais é vista como essencial para a atuação do enfermeiro na gestão (ROCHA & MURANI, 2013).

Nesta mesma corrente de pensamentos, Del Prette e Del Prette (2001) inferem que as mudanças expostas no cenário das organizações suscitam demandas por habilidades como a coordenação de grupos, liderança de pessoal, manejo do estresse e de conflitos interpessoais e intergrupais, resolução de problemas e tomada de decisão, promoção da criatividade e de comunicações efetivas, além da capacidade de persuasão, saber ouvir, observar e dar *feedback*. Segundo os autores, “*os novos paradigmas organizacionais que orientam a reestruturação produtiva tem priorizado processos de trabalho que remetem, diretamente, à natureza e à qualidade das relações interpessoais.*” (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2003 apud DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2001, p. 57).

Indo ao encontro das ideias de Carmelo et al. (2016), Santos et al. (2013) afirmam que as peculiaridades de um gerenciamento por parte de enfermeiros está na vivência de uma

Gerência do Cuidado, entendida pelos autores como uma articulação entre as esferas gerencial e assistencial de equipes e assistidos. Esta gerência do cuidado, na conformidade com as afirmações supracitadas por Del Prette e Del Prette (2001), mobiliza, em suma, ações nas relações, interações e associações entre as pessoas enquanto seres humanos complexos.

Noutra pesquisa, Amestoy, Cestari, Thofehrn e Milbrath (2009) discutiram sobre as características que interferem na construção do enfermeiro líder, vislumbrando, assim, o autoconhecimento e a vivência madura das emoções como indispensáveis para aprimorar a arte da liderança. Inferem, conseqüentemente, que para que haja a modificação dos indivíduos, primeiramente estes precisam desenvolver o autoconhecimento. Os autores afirmam ainda que enfermeiros que almejam prosperar na condição de líder de equipes necessitam desenvolver algumas características básicas, sendo elas: comprometimento, credibilidade, comunicação, responsabilidade, bom senso, autoconhecimento e bom humor. Porém, neste mesmo estudo, os pesquisadores concluíram que as enfermeiras participantes não se sentiam suficientemente instrumentalizadas para a utilização da liderança no seu ambiente de trabalho.

O enfermeiro tem um papel fundamental na dinâmica relacional na esfera microssocial do ambiente de trabalho, visto que as mudanças necessárias para uma gestão que pretenda produzir saúde de maneira eficiente precisam ser aperfeiçoadas e fomentadas no cotidiano de trabalho, dentro das unidades de saúde (NUNES et al., 2016). Nesta linha de pensamento, Santos et al. (2013) descrevem que uma estratégia relevante na transformação das ações gerenciais do enfermeiro está na articulação, já citada anteriormente, das dimensões gerenciais e assistenciais (técnica e pessoal), já que o ambiente laboral na liderança de equipes de saúde exige a incorporação de processos gerenciais de conhecimentos e atitudes para o alcance de resultados satisfatórios.

Em condições hodiernas, o exercício de uma gestão eficaz está diretamente associada à competência de um gestor-líder, entendido por Carbone et al. (2006, p. 110) como *“aquele que, no exercício de qualquer função de comando permanente ou temporária, formalmente designada ou não, é capaz de influenciar a equipe e, sendo por ela legitimado, representá-la e conduzi-la numa determinada situação [...]”*.

Rocha e Murani (2013), por sua vez, definem liderança como um processo de influência interpessoal, inserido num contexto onde se torna fundamental o autoconhecimento e o domínio pessoal para a construção de confiança e legitimidade junto aos liderados. Na

pesquisa realizada por estes autores, os resultados apontaram para um *déficit* na liderança da maioria dos enfermeiros participantes devido à falta de habilidades fundamentais.

Ainda a respeito da liderança, Carbone et al. (2006) descrevem algumas das habilidades que consideram básicas para o exercício de uma gestão com liderança: (a) capacidade de ouvir e reconhecer os valores das pessoas; (b) uso da autocrítica e da capacidade de reconhecer falhas; (c) otimismo; (d) uso da empatia; (d) capacidade de se adequar às mudanças situacionais e (e) busca de conhecimento sobre si mesmo e aqueles com quem se relaciona (preocupação com as relações humanas).

Carmelo et al. (2016) destacam que o exercício de uma liderança frente à equipe pode auxiliar o gestor enfermeiro a proporcionar um ambiente de trabalho mais satisfatório por meio do estabelecimento de vínculos profissionais saudáveis e de processos dialógicos mais efetivos entre os integrantes da equipe multiprofissional.

Neste mesmo cenário ideológico, Nunes et al., (2016) discorrem que:

Desta forma, o processo de trabalho gerencial se efetiva por meio de relações humanas (dimensão interativa/intersubjetiva), envolvendo a relação com os demais profissionais de saúde, de diversas categorias profissionais, e, também, com usuários/população do território. Portanto, ao se considerar a intersubjetividade presente no exercício cotidiano do trabalho gerencial, cabe reconhecer que este constitui a execução de atividades permeadas pela comunicação e pela interação humana. (p. 575).

A complexidade da gestão na saúde é abordada ainda por Nunes et al. (2016) em suas dimensões políticas, organizacionais e relacionais. Esta última se configura em relevância para este trabalho de pesquisa, visto o foco direcionado às habilidades sociais do gestor. Sendo assim, a partir de resultados de estudo com gestores de município do Norte do Paraná, os autores destacam as fragilidades do gerente da atenção primária na mediação de relações conflituosas no cotidiano de trabalho. Destacam, portanto, a relevância do processo de desenvolvimento profissional por parte dos gestores ao evidenciarem a necessidade de qualificação dos mesmos para compreender, suportar e interagir com os conflitos da equipe de trabalho. O indivíduo, enquanto gestor, deverá se reconhecer como integrante da equipe, porém como o principal mediador das situações conflituosas do serviço público de saúde. Neste sentido, concluíram que, em pequenos municípios, os processos gerenciais são pouco desenvolvidos, fato este que pode comprometer a gestão do trabalho no SUS nestas localidades. Sendo assim, reforça-se a importância de se sistematizar trabalhos de EPS, especialmente para a formação e aperfeiçoamento de habilidades de um gestor-líder.

O problema, de acordo com Del Prette e Del Prette (2001) está no fato de que, comumente, as competências técnicas já fazem parte, prioritariamente, dos conteúdos da formação educacional e das capacitações que ocorrem nos seios das organizações. Situação essa, que pode precarizar o desenvolvimento ou aperfeiçoamento de competências interpessoais, já que raramente são relacionadas como objetivo de formação profissional, ocorrendo assim, de forma assistemática, como um subproduto.

Em congruência, Rocha e Murani (2013) apontam para o sentimento, muitas vezes vivenciado, de despreparação dos enfermeiros que assumem o cargo de gestor. Alguns por falta de escolha e outros por serem colocados automaticamente na função. Dessa forma, torna-se relevante salientar a importância de se compreender percepções, sentimentos e expressões de enfermeiros ocupantes da posição de gestor, bem como de fomentar o autoconhecimento e a autorreflexão entre estes. Neste sentido, Amestoy et al. (2009) sugerem que conhecer a si mesmo consiste no primeiro passo para poder conhecer o outro e trabalhar em equipe, pois o autoconhecimento disponibiliza ao líder a oportunidade de reconhecer seus pontos fortes a fim de aprimorá-los, bem como identificar os *déficits* em seu repertório e ir em busca do desenvolvimento pessoal e profissional. Considera-se, então, o autoconhecimento como uma estratégia que poderá facilitar o líder no conhecimento de suas habilidades e aspectos que precisam ser aprimorados.

Assim, Murani e Bezerra (2004), fomentam estas considerações, afirmando que:

[...] as atitudes e comportamentos frente às demandas atuais estão diretamente relacionados, não somente, à formação técnica de enfermeiro, mas a dinamização dos aspectos relacionais que podem ser desenvolvidos a partir da ampliação da consciência de si mesmo, do controle da impulsividade, da persistência, motivação, empatia, zelo, habilidades sociais e resiliência psicológica. (p. 484).

Conforme Rocha e Murani (2013, p. 63)

Aprender a se olhar, a examinar seus progressos, suas vitórias, suas falhas e lacunas, erros e acertos, a diagnosticar, a comparar suas contribuições para o grupo com a de outros membros, explorar seus sentimentos, suas reações a obstáculos e seus relacionamentos com os outros faz parte de um árduo caminho em busca do crescimento pessoal e interpessoal.

Os aspectos descritos são indispensáveis para o enfermeiro enfrentar os obstáculos, as tensões, os conflitos, a falta de continuidade nos projetos de assistência, os desafios do trabalho em equipe e do papel de gestor. Mas, para isto, seria necessário a transcendência do

gestor ao domínio da técnica e à incorporação, através da aprendizagem, de habilidades relacionadas à criação, intuição e interação (MURANI & BEZERRA, 2004).

Para tanto, em suma, torna-se prioritário que enfermeiros em funções de liderança venham a conhecer suas habilidades ou potencial para tais, no intuito de se buscar o autodesenvolvimento. Apesar da importância da liderança na função gerencial, a ocupação e a busca pelo aperfeiçoamento pessoal visando o posto de líder, nem sempre é um objetivo almejado pelo enfermeiro gerente (SANTOS et al., 2013).

O presente estudo se fundamenta na proposta de realizar uma, já citada, análise do repertório de habilidades, bem como de possíveis *déficits*, de enfermeiros gestores de ESF, para que, a partir deste conhecimento, seja possível propor estratégias e definições de conteúdos para possíveis intervenções no campo das habilidades sociais na APS. Até porque a construção de um Programa de Capacitação em Habilidades Sociais requer, de acordo com Chiavenato (1989, p. 154) o levantamento de indicadores “[...] *que servem para apontar eventos que provocarão fatalmente futuras necessidades de treinamento [...] ou problemas decorrentes de necessidades de treinamento já existentes*”. Indicadores estes que perpassarão, principalmente, aspectos relacionais do enfermeiro gestor, que poderão ser desenvolvidos, segundo Murani e Bezerra (2004), em congruência a Carmelo et al. (2016), a partir da ampliação da consciência de si mesmo e, conseqüentemente, da compreensão da complexidade das relações humanas – atributos essenciais para as demandas hodiernas do gestor de pessoas. Intervenções dessa natureza poderão impulsionar a conquista de novas habilidades e competências pessoais.

Por fim, vale ainda a complementação através da ratificação de Rocha e Murani (2013) no que tange à relevância do mapeamento das necessidades interpessoais dos profissionais de enfermagem, destacando as habilidades que, conforme percepção dos mesmos, são fundamentais para o planejamento de ações de qualificação e aprimoramento de conhecimentos para o exercício genuíno de uma liderança.

Nos argumentos de Mendes (2000 apud MURANI & BEZERRA, 2004), para que o enfermeiro consiga exercer a gestão de modo eficaz, é preciso a compreensão e o desenvolvimento de habilidades no campo das relações humanas, aspecto tão presente na atualidade e, ao mesmo tempo, pouco explorado no cotidiano do gestor em saúde. Em completude, afirma, ainda, que o alcance destas habilidades deverão ser tidas como meta fundamental para aqueles que pretendem ter uma atuação mais competente e assertiva como gestor.

Pode-se, então, arriscar, mesmo que de forma incipiente, que as habilidades interpessoais, basilares no campo das habilidades sociais, podem ser consideradas, a partir das argumentações de Murani e Bezerra (2004), como essenciais ao profissional da atualidade, visto que o habilita a lidar de forma eficaz no âmbito das relações interpessoais, diante das mais diversas situações. Neste sentido, para fins de contextualização, visando a investigação dessas habilidades no cotidiano da prática gerencial do enfermeiro, cremos que as argumentações, mesmo que ainda prematuras, já fortalecem e motivam uma navegação pelo campo das habilidades sociais no seio da atenção primária.

Pessoas convivem e trabalham com pessoas e portam-se como pessoas, isto é, reagem com as outras pessoas com as quais entram em contato: comunicam-se, simpatizam e sentem aversões, aproximam-se, afastam-se, entram em conflito, competem, colaboram, desenvolvem afeto (MURANI et al., 2003, p. 484).

1.3. Habilidades Sociais: histórico e conceitos

Considerando a defesa de Murta (2005) e Silva e Murta (2009) para a busca por explorações de possíveis contribuições das habilidades sociais em novos contextos, além do clínico e escolar, o referente trabalho de pesquisa teve como pretensão o levantamento e análise de habilidades sociais no contexto gerencial de cuidados primários à saúde. Dessa feita, foram abordados os conceitos básicos, importância, classes e influência das habilidades sociais no dia a dia do indivíduo, em especial no ambiente profissional. Assim, buscando resquícios etiológicos frente ao tema, vale a exploração de diferentes estudiosos deste campo teórico, fazendo justiça, é claro, ao tratamento das habilidades sociais, no Brasil, a partir do referencial teórico-prático dos pesquisadores Amir Del Prette e Zilda Del Prette, precursores na produção científica nacional.

Como apresentado por Murta (2005), a produção científica brasileira sobre habilidades sociais surgiu em meados da década de 90, tendo seu primeiro artigo conceitual intitulado “A Psicologia das Habilidades Sociais”, de autoria de Almir Del Prette e Zilda Del Prette. A obra, publicada em 1996, traz à luz da produção científica conceitos basilares sobre as habilidades sociais no campo da psicologia. Neste sentido, reiterando, torna-se relevante o navegar neste cenário para o entendimento inicial desta área da psicologia, em franco desenvolvimento.

Considerando a pertinência do processo de desenvolvimento das habilidades sociais nas interações cotidianas, incluindo interações profissionais, Del Prette e Del Prette (1996) apontam ser este um importante objeto de estudo na Psicologia, com muitas questões a serem discutidas e avaliadas. No entanto, os referidos autores ressaltam a carência de estudos

analíticos e integrativos, na literatura brasileira, sobre habilidades sociais, vislumbrando, contudo, um processo de expansão e consequente conhecimento da área.

E é nesta direção que, na introdução das origens, conceitos e tendências sobre o construto habilidades sociais, deparamos-nos, desde já, com a complexidade conceitual que perpassa este campo de pesquisa. Constituído pelas contribuições de variadas abordagens teóricas, o campo teórico-prático das habilidades sociais vivencia uma dificuldade significativa de integração e sistematização dos seus construtos explicativos. Esta realidade, relatam Del Prette e Del Prette (2010), imprimiu uma característica multifacetada a esse campo, mesmo tendo como predominantes os enfoques cognitivo e comportamental.

Nestes enfoques, pode-se evidenciar, mesmo não sendo o ponto prioritário de interesse desta pesquisa, três aportes teóricos de referência no campo das habilidades sociais: (a) o cognitivo, de Argyle; (b) o social-cognitivo, de Bandura; e (c) o da análise do comportamento, de Skinner (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2010). Neste mesmo contexto, para fins de associações teóricas, deram seguimentos nesta linha de pensamento alguns outros grupos que contribuíram para a fundamentação das relações entre as habilidades sociais e as abordagens cognitivista e comportamental: Caballo (2003), com conceitos e implicações da teoria cognitiva no Programa de Habilidades Sociais (PHS); Del Prette e Del Prette (1996, 2000), ao destacaram a teoria da aprendizagem social; e Oláz, com aplicação da teoria cognitivo social ao PHS.

Explorar os argumentos de pesquisadores clássicos do campo das habilidades sociais é de suma importância para o embasamento teórico-prático e entendimento da evolução deste objeto de interesse da psicologia, bem como de suas tendências na produção científica. No entanto, a busca por uma definição clara e unânime torna-se uma ilusão pueril, no presente, visto à mutabilidade contextual que perpassa a teoria e a prática das habilidades sociais. Nesta perspectiva, Caballo (2002) traça algumas considerações relevantes frente às incertezas de uma resposta comportamental dita como correta, ao afirmar que:

Embora em contextos experimentais possa-se demonstrar que é mais provável que determinados comportamentos consigam um objetivo particular, uma resposta competente é, normalmente, aquela que a pessoa acredita ser apropriada para um indivíduo numa situação específica. Do mesmo modo não existe uma única maneira 'correta' de se comportar, que seja universal, mas uma série de conceitos diferentes que podem variar de acordo com o indivíduo. (p. 364).

Sendo assim, vale uma apresentação breve das origens das habilidades sociais, bem como de seus métodos de avaliação e aperfeiçoamento. Para um panorama geral da área, Del

Prette e Del Prette (2000) relembram o cenário do Século XIX – período crescente da Psicologia Industrial nos EUA – quando começaram a aparecer estudos experimentais, observacionais e de levantamento direcionados para o desempenho social a partir de interesses pela avaliação quantitativa do desempenho.

Em meados do século, evidenciou-se a hegemonia da Psicologia Comportamental com experimentos controlados realizados em laboratórios. Contudo, logo esta linha de estudos da Psicologia também se voltou para o campo das interações sociais, como problemas de relacionamento social mais comuns (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2000).

Numa apresentação incipiente, ainda no século XX, vale um destaque para a origem do movimento das habilidades sociais atrelada à iniciativa de Andrew Salter, em 1949, considerado por muitos como um dos pais da terapia comportamental (CABALLO, 2002). A importância de Salter na ascensão do conceito também é relatada por Mendes (2014) em sua afirmação sobre a busca da promoção de técnicas para o aumento da expressão verbal e facial, evidenciadas no livro *Conditioned reflex therapy*, no referente ano.

Em sequência, Wolpe abriu espaço ainda maior para as ideias de Salter e utilizou pela primeira vez o termo “comportamento assertivo”, que logo abrangeria o conceito de habilidade social (CABALLO, 2002). Neste contexto, Caballo aponta os trabalhos clínicos publicados na década de 30 e três fontes de estudos científicos sistemáticos: a expansão dos interesses pelo tema nos EUA, a partir de Wolpe (1958) e Lazarus (1966); as contribuições de Zigler e Philips (1960-1961), com trabalhos com adultos hospitalizados em instituições psiquiátricas nos EUA; e os estudos de Argyle (1967), na Inglaterra, sobre ergonomia e sistemas homem-máquina, já propriamente associados ao conceito inicial de habilidades sociais. Alberti e Emmons (1970), Lazarus (1971) e Wolpe (1969) deram novos impulsos a pesquisa das habilidades sociais, sendo o livro de Alberti e Emmons, *Your perfect right* (Seu perfeito direito), o primeiro dedicado exclusivamente ao tema da assertividade.

Outros autores como R. Eisler, M. Hersen, R. M. Mcfall e A. Goldstein contribuíram no início dos anos 1970, com o desenvolvimento do campo das habilidades sociais e elaboraram programas de treinamento para reduzir *déficits* nestas habilidades (CABALLO, 2002). E é neste cenário que, após uma certa popularidade do comportamento assertivo, na década de 70, surgiu a categorização da expressão “habilidades sociais”, sendo empregada na Inglaterra por Argyle, conforme apontam Del Prette e Del Prette (1996).

Del Prette e Del Prette (1996) citam as aproximações existentes entre análise comportamental e o desenvolvimento das habilidades sociais enquanto campo de estudos na

Psicologia. Assim, vale explorar um pouco mais as contribuições e o forte embasamento cognitivo e comportamental na construção desta área de pesquisa. Neste cenário, os autores supracitados inferem que o próprio Argyle, um dos pioneiros na investigação sobre habilidades sociais, recorreu a conceitos da análise do comportamento (princípios de reforçamento e punição) e outros de conteúdos cognitivistas (percepção social, papel social, afiliação) para explicar os processos de interação entre as pessoas. Contudo, Del Prette e Del Prette (2010) ressaltam que vários estudiosos apresentam diferentes concepções sobre as habilidades sociais, fato este que tem sido objeto de controvérsias.

Sendo assim, *“todas essas questões refletem, de um lado, a complexidade do próprio fenômeno das habilidades sociais e, de outro, a diversidade dos aportes teóricos que permeiam esse campo, muitas vezes focalizando diferentes aspectos dessa complexidade”* (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2010, p. 106).

Dentre as teorias, vale, ainda, a citação de B. F. Skinner ao fundamentar que o comportamento é produto de três processos de variações e seleção: o filogenético, o ontogenético e o cultural, e que tais processos estão associadas às habilidades sociais, tanto na mudança quanto na manutenção de certas práticas sociais cotidianas. No primeiro processo, o filogenético, infere-se que a seleção filogenética propiciou às pessoas um conjunto de características anatômicas, fisiológicas e comportamentais que favoreceram a aquisição e o desenvolvimento de comportamentos sociais importantes e desejáveis à adaptação (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2010; 2017). O segundo processo, o ontogenético, o mais relevante no desenvolvimento das habilidades interpessoais, segundo Del Prette e Del Prette (2010; 2017), destaca que as habilidades são aprendidas e modificadas no decorrer da vida, podendo o indivíduo construir um repertório bem elaborado de respostas efetivas ao contexto como também um repertório deficitário que prejudicará seu desempenho. Tudo isto, através da *“variabilidade e seleção dos comportamentos submetidos às contingências ambientais”* (2010, p. 109). Sobre a seleção ontogenética, cabe salientar que esta pode ocorrer tanto por estímulos naturais do cenário social quanto por meio de contingências estruturadas em programas que visam o desenvolvimento ou aperfeiçoamento de habilidades sociais (Del Prette e Del Prette, 2010; 2017).

Além dos fatos históricos, torna-se também de tamanha importância a conceituação, ou melhor dizendo, as definições dos construtos a serem investigados, compreendido por Moura e Ferreira (2005) como conceitos utilizados nas ciências humanas no que se refere a fenômenos não diretamente observáveis, podendo ser utilizados em diferentes contextos.

A tarefa de definir os constructos sob investigação constitui, assim, parte essencial de um projeto, pois, ao realizá-la, o pesquisador explicita o contexto no qual estará usando tais constructos, do ponto de vista teórico e aplicado, servindo-se, para tanto, das definições constitutiva e operacional (MOURA & FERREIRA, 2005, p. 44).

Sendo assim, no discorrer deste trabalho torna-se notório, para melhor esclarecimento sobre as definições funcionais dos construtos habilidades sociais e competência social, a exploração dos mesmos. Isto, em seguimento a autores que afirmam a necessidade da diferenciação entre esses construtos. Fato defendido por Mendes (2014), ao afirmar que as habilidades sociais deverão ser diferenciadas tanto do construto desempenho social quanto do construto competência social. Em consequência a esta necessidade, num primeiro momento, vale a retórica no que concerne à abordagem em relação às diferenças básicas de conceitos como desempenho social, habilidades sociais e competência social para fins de melhor compreensão funcional de cada termo.

Inicialmente, sobre os construtos, Caballo (2003) faz uma análise interessante a respeito do termo “social” e sua funcionalidade na qualificação de habilidade e competência. Segundo o mesmo, esta qualificação dos termos tem como propósito evidenciar que a conduta social se constrói nas bases da reciprocidade, na relação interpessoal. Estas diferenças foram trabalhadas por Del Prette e Del Prette (2006, 2010, 2013, 2017; LOUREIRO, 2010) que, mais uma vez em reiteração, inferem sobre as dificuldades na definição de um conceito amplamente aceito devido a diversidade de modelos conceituais sobre habilidades sociais.

Assim, mesmo diante de dilemas, definem desempenho social, de forma clara e didática, como uma sequência de comportamentos em uma situação social. Da mesma maneira, descrevem as habilidades sociais como diferentes classes de respostas de um repertório comportamental do indivíduo para lidar com as demandas requeridas nas interações sociais. Contudo, só poderão ser classificados enquanto habilidades sociais na medida em que venham a contribuir para a competência social (BANDEIRA et al., 2000; MENDES, 2014; SOARES & DEL PRETTE, 2015).

Numa conceituação geral, Del Prette e Del Prette (2010, p. 107) apontam que: “*em resumo [...], as habilidades sociais constituem, portanto, uma classe geral de comportamentos que possuem alta probabilidade de produzir consequências reforçadoras para o indivíduo e para as demais pessoas do grupo social [...].*”

Outra considerável definição foi a referida por Caballo (2002, p. 365, apud CABALLO, 1996) ao comentar que:

O comportamento socialmente habilidoso é esse conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa os sentimentos, atitudes, desejos, opiniões, ou direitos desse indivíduo, de um modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas.

Já Argyle, Furnham e Graham, citados em Loureiro (2010), definem habilidades sociais a partir de um construto descritivo contemplando um conjunto de capacidades específicas do indivíduo presentes numa dada situação interpessoal, abarcando aspectos mais amplos, para além do pessoal, como a dimensão situacional e os padrões culturais. No que tange à competência social, em diferenciação às habilidades sociais, pode-se afirmar que esta possui um sentido avaliativo dos efeitos do desempenho das habilidades sociais, podendo ser considerada como um julgamento no que concerne à adequação do comportamento de um indivíduo e do efeito que este comportamento produz em uma determinada situação (BANDEIRA et al., 2000; DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2010). Assim, DEL PRETTE & DEL PRETTE reforçam que:

Competência Social é um constructo avaliativo do desempenho de um indivíduo (pensamentos, sentimentos e emoções) em uma tarefa interpessoal que atende aos objetivos do indivíduo e às demandas da situação e cultura, produzindo resultados positivos conforme critérios instrumentais e éticos. (2017, p. 37).

Em completude, Loureiro (2011) destaca, também, que para McFall *“habilidade social e competência social são dois conceitos distintos que se articulam num modelo mais abrangente.”* (p. 10). A referida autora aborda, ainda, a dificuldade na definição dos conceitos visto à diversidade de fatores peculiares ao comportamento social: cultura, padrões de comunicação e ao próprio sujeito em suas crenças, valores, atitudes.

Ainda nesta temática, em corroboração aos conceitos citados, Mendes (2014) ratifica a definição de competência social, afirmando que a mesma se refere a um conjunto de desempenhos sociais voltadas para o atendimento de variadas demandas do contexto laboral, que exigem habilidades sociais específicas. Nesta perspectiva, McFall (1982 apud DEL PRETTE & DEL PRETTE, 1996; 2013; 2017) complementa a definição de competência social como um conjunto de comportamentos avaliados como exitosos nas interações a partir da perspectiva do observador, ou seja, destaca a importância do processo avaliativo tomado pelo observador em relação ao desempenho social próprio ou de outrem. Neste sentido,

A competência social para McFall [1982] é um conceito teórico de caráter *avaliativo* que reflecte sempre um juízo (baseado em determinados critérios) do próprio ou dos outros [pessoas significativas] acerca das capacidades específicas [habilidades sociais] que permitem a uma pessoa executar com competência determinadas tarefas sociais. (LOUREIRO, 2011, p. 10).

Nesta mesma direção, Carbone et al. (2006), também associam as competências a referencias de desempenho, de maneira que um profissional demonstraria deter uma dada competência por meio da adoção de comportamentos passíveis de observação no contexto social. Contudo, é necessário o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes para que um indivíduo possa exibir determinado desempenho para fins avaliativos. Já no que tange às habilidades, relatam que “*a habilidade está relacionada à aplicação produtiva do conhecimento, ou seja, à capacidade da pessoa de instaurar conhecimentos armazenados em sua memória e utilizá-los em uma ação.*” (p. 45).

Loureiro (2011), numa comunhão às ideias de McFall, cita os argumentos de Gresham (2009) que também considera a competência social como um atributo avaliativo de um comportamento ou um conjunto destes numa situação de interação social. Em equiparação, apresenta a habilidade social como um construto descritivo que inclui uma série de respostas verbais e não verbais que influenciam a percepção e resposta do outro numa interação.

Explicitando melhor, vale a consideração de que a condição situacional, ou seja as características específicas da situação em que o indivíduo se encontra, poderá determinar a sua adequação social no contexto para mais ou para menos, não existindo, assim, uma forma universal de se comportar corretamente (LOUREIRO, 2010). Sendo assim, mesmo considerando a interdependência que perpassa os construtos desempenho social, habilidades sociais e competência social, verifica-se que as diferenciações funcionais de cada um tornaram-se relevantes para melhor compreensão da sobreposição existente entre eles. Um exemplo desta sobreposição é evidenciada por Del Prette e Del Prette (1996) ao destacarem que algumas referências a serviços profissionais, expressas por seus usuários em termos interpessoais, demonstram que um repertório adequado de habilidades sociais profissionais parece estar associado a atribuições de competências, da mesma forma que um *déficit* neste repertório pode comprometer efetivamente o desempenho profissional.

Isso significa que a disponibilidade de um repertório de habilidades sociais é condição necessária, mas não suficiente, para a competência social, que os dois termos não podem ser entendidos como sinônimos e que a definição de cada um deles remete necessariamente à definição do outro. (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2010, p. 106).

Loureiro (2011, p. 11) ratifica a interdependência funcional dos construtos, ao afirmar que: *“percebemos que a existência de um repertório de habilidades sociais é importante, mas não suficiente, por si só, para alcançar a competência social, pois a definição de um conceito remete para a definição do outro.”*

Segundo Del Prette & Del Prette (1996), na área da psicologia, a preocupação com o desempenho social do indivíduo é antiga, com associações iniciais no campo do trabalho e da clínica. Na psicologia do trabalho, as pesquisas eram direcionadas para o exame das condições de intercâmbio social que, por sua vez, afetavam o desempenho dos indivíduos nas respectivas áreas profissionais. Neste sentido, Del Prette e Del Prette, inferem que, *“de forma geral, pode-se considerar como pertinente à categoria habilidades sociais, todo e qualquer desempenho emitido em interações sociais. [...] tal desempenho tem sido caracterizado, em termos descritivos, a partir das dimensões comportamental, pessoal e situacional.”* (1996, p. 242).

É neste cenário que os pesquisadores supracitados abordam, pertinentemente, que o processo de avaliação de uma conduta ser tida como socialmente competente ou não, deverá considerar os valores, regras e representações sociais do contexto cultural e momento histórico em que acontece este processo analítico. Afirmam ainda que reconhecer os condicionantes culturais implica relevar, na caracterização do repertório de habilidades sociais e na avaliação da competência social, os padrões comportamentais historicamente situados, assim como as variantes peculiares de diferentes subculturas. Portanto,

[...] é possível pensar em um rol de comportamentos, situacionalmente contextualizados, razoalmente consensuais e significativos na convivência interpessoal, sem ignorar, no entanto, as especificidades da situação e da topografia dessas ações e reações em diferentes subculturas. (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 1996, p.244).

Por fim, considerando o cenário conceitual apresentado pode-se concluir, neste primeiro momento, que o conceito de habilidades sociais deverá ser compreendido de acordo com o contexto cultural e com os padrões de comunicação que variam em virtude da cultura (CABALLO, 2003).

As habilidades sociais se legitimam como uma categoria que teoriza e faz suposições a fim de explicar o fenômeno das relações interpessoais – em sua função conceitual definitiva. Sendo assim, vale a exposição de alguns conceitos que, apesar de não totalmente similares, apontam para uma tendência mais completa de definições a considerarem tanto conteúdos quanto às consequências de um comportamento socialmente hábil.

Não obstante, as diferenciações continuam, também, além das conceituais, no campo dos modelos adotados por estudiosos basilares da área. Assim, diferentes modelos conceituais são fundamentais, principalmente para embasar o desenvolvimento de PHS. Hidalgo e Abarca (1991 apud DELL PRETTE & DEL PRETTE, 1996) fundamentam as contribuições de cinco modelos sobre os quais se estruturam o campo teórico-prático das habilidades sociais: *o cognitivo, o da teoria dos papéis, o da assertividade, o da aprendizagem social e o da percepção social*. Afirmam ainda a complementaridade dos referidos modelos na explicitação de variáveis associadas ao processo de socialização, na avaliação dos fatores causais de dificuldades no desempenho social e, por fim, no estabelecimento de critérios de proficiência e de técnicas para programas de retificação e prevenção.

No que tange ao modelo cognitivo, Hidalgo e Abarca (1991 apud DEL PRETTE & DEL PRETTE, 1996) apontam a resolução de problemas interpessoais, a atribuição de causalidade aos fatos e o colocar-se no lugar do outro (empatia) como as habilidades sócio-cognitivas mais frequentemente estudadas na literatura. Del Prette e Del Prette (1996) destacam ainda o modelo de percepção social, de Argyle inferindo que um dos pontos deste processamento é o mapeamento, ou melhor, a leitura do ambiente social e, desse modo, ratifica a falha desta leitura como uma das causas para as dificuldades interpessoais, explicando que para que se obtenha êxito no desempenho social é necessário uma análise topográfica e funcional de como deverá ser o comportamento em determinadas situações ambientais. Esta discriminação se daria a partir do reconhecimento e da decodificação de sinais presentes no cenário interativo, em especial as mensagens verbais e não verbais dos interlocutores atuantes, considerando, além das falas, a postura, o contato visual, expressão facial, fluência, entre outros (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2017).

O modelo de assertividade explica os *déficits* e os desempenhos sociais empobrecidos nos contextos interacionistas. Para Wolpe e Lazarus, os *déficits* e dificuldades do desempenho estão associados a ansiedade interpessoal, considerando ainda, esta inabilidade como consequência da deficiência no controle de estímulos (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 1996). Destacam ainda, que este modelo contribuiu muito para a construção de programas e técnicas de promoção das habilidades sociais, dando credibilidade à modelagem e as técnicas de controle de estímulos.

No modelo de aprendizagem social, fomentado por Bandura (1977, apud DEL PRETTE & DEL PRETTE, 1996), as habilidades são aprendidas através da experiência nos relacionamentos interpessoais, quando a observação de um modelo comportamental é

considerada fundamental para a aquisição de um repertório social mediante a sinalização de padrões de comportamentos aceitos em determinados contextos sociais. Vale, portanto, ressaltar a importância de técnicas de modelação no processo de promoção das habilidades sociais, em PHS. Além das experiências supracitadas, processos cognitivos como crenças, percepções e pensamentos também são vistos como mediadores da aquisição e do desempenho social (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 1996).

A diversidade de modelos teóricos para embasamento de teorias das habilidades sociais refletem o discurso de Del Prette e Del Prette em relação à carência de uma teoria geral ou sistema conceitual integrador dos modelos.

1.3.1. Classes das habilidades sociais

Desta maneira, vale, para melhor compreensão dos possíveis efeitos das habilidades sociais no comportamento do indivíduo, o destrinchar de tipos de habilidades sociais descritas por pesquisadores da área. Organizadas em classes e subclasses, Del Prette e Del Prette (2001; 2006; 2017) destacam as habilidades de comunicação verbal e não verbal; habilidades de civilidade; habilidades assertivas de enfrentamento ou defesa dos direitos e de cidadania; habilidades empáticas e outras mais abrangentes.

Contudo, Del Prette e Del Prette (2001) fazem uma consideração importante concernente a esta distinção classificatória entre as habilidades sociais. Assim, discorrem que apesar de existirem situações com demandas de desempenhos sociais específicas, há contextos e vivências onde as classes se completam. Neste sentido, concordam com a inviabilidade de listar habilidades sociais exclusivas para determinado contexto. Assim, dependendo do contexto, a referência pode ser, por exemplo, as habilidades sociais profissionais ou de trabalho ou as habilidades sociais educativa de pais, professores, entre outros agentes envolvidos diretamente na educação ou treinamento. Com isto, preferem falar de classes e subclasses de habilidades sociais em diferentes graus de complexidade, apesar de afirmarem contextualizações, com maior frequência de aparecimento, de algumas classes. Assim pode-se inferir de antemão que *“ainda há muito que pesquisar sobre categorização e classificação das Habilidades Sociais, tanto em termos conceituais como empíricos.”* (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2017, p. 27)

Ainda nestes aspectos, Miranda e Soares (2014), a partir de pesquisa realizada com médicos e enfermeiros, relatam a importância de habilidades como assertividade, comunicação, empatia, civilidade, expressão de sentimentos positivos e de trabalho para o

alcance de uma prática assistencial mais eficaz do profissional da saúde. Neste momento, já se evidencia a sobreposição das classes em diferenciados contextos por mais que se tente uma categorização entre classes e subclasses.

Del Prette e Del Prette (2001) classificam as classes mais complexas como molares e as mais específicas, ou subclasses, como moleculares. Para fins de ilustração, teríamos como molares (classe) a coordenação de grupos, enquanto as moleculares (subclasses) incluiriam ações como elogiar, fazer perguntas, resumir, dar feedback, incentivar e parafrasear. No entanto, infere-se que a relevância de uma habilidade social não está necessariamente atrelada à complexidade, mas sim, em seu valor funcional para um desempenho socialmente competente. Neste cenário, Del Prette e Del Prette (2001) descreveram um conjunto de sete classes de habilidades sociais: automonitoria; comunicação verbal e não verbal; civilidade, assertividade; empatia; profissionais e de expressão de sentimentos positivos. Esta organização tem como base a análise de seu conteúdo e funcionalidade, entretanto, isto não exclui, segundo os autores, sobreposições inevitáveis devido à variabilidade e complexidade, já relatadas, das relações interpessoais. Até porque, para a caracterização da competência social, é necessário a complementariedade de algumas classes, mesmo as mais complexas, para se garantir os resultados das aplicações, enquanto classes de respostas comportamentais, das habilidades sociais no cotidiano (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2001).

No entanto, numa publicação mais recente Del Prette e Del Prette (2017), destacam a necessidade de um portfólio das habilidades sociais mais amplo, ou melhor, uma organização com as principais classes encontradas na literatura e reconhecidas como relevantes ao longo do ciclo vital, abrangendo também, as subclasses, a fim de facilitar a identificação de *déficits* e recursos de habilidades sociais – objetivo geral do presente trabalho. Assim, destacaram as classes: comunicação; civilidade; fazer e manter amizade; empatia; assertiva; expressão de solidariedade; manejo de conflitos e resolução de problemas interpessoais; expressão de afeto e intimidade; coordenação de grupos e falar em público.

Assim, por mais que o enfoque da presente investigação esteja mais direcionado para o contexto do trabalho, o que, pela lógica, levaria a uma maior exploração das habilidades conceituadas como profissionais, como se discorrerá a seguir, a presente proposta, em consonância às inevitáveis sobreposições supracitadas, que peculiarizam as relações interpessoais em quaisquer cenários sociais, primou pela descrição de todas as sete classes, definidas por Del Prette e Del Prette (2001) em vislumbre à relevância destas habilidades para a construção de um repertório de habilidades sociais de um profissional.

Iniciando pela classe da automonitoria (aprendendo a aprender), Del Prette e Del Prette (2001), apesar das variadas definições em relação ao termo, sugerem uma conceituação mais funcional ao descreverem-na como uma habilidade metacognitiva e afetiva-comportamental, pela qual a pessoa poderá observar, interpretar, regular e descrever os próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos em situações sociais cotidianas. Crendo assim, que o relacionamento interpessoal poderá suscitar oportunidades contínuas para a aprendizagem de habilidades sociais importantes para o ajustamento do indivíduo.

Os referidos autores ainda reiteram a relevância da classe e a problemática de sua deficiência, ao relatarem que as pessoas pouco conscientes de seus desempenhos frequentemente apresentam dificuldades de identificar, nomear e monitorar seus sentimentos, pensamentos e, conseqüentemente, suas ações. Assim, para que o sujeito desenvolva tal classe de habilidades sociais é necessário o aperfeiçoamento de alguns quesitos básicos de automonitoramento como: (a) *controle da impulsividade*; (b) *observação do outro*; (c) *introspecção* e (d) *reflexão* (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2001).

Outra classe, citada inclusive como de considerável relevância no meio laboral, é a habilidade social de comunicação verbal e não verbal, responsável pela construção de redes de trocas sociais que mantêm e alteram a realidade social. Del Prette e Del Prette (2001) tratam a habilidade de comunicação como um processo mediador das relações entre as pessoas, podendo destacar enquanto subclasses, ou habilidades formadora desta classe geral, como: (a) *iniciar e encerrar uma conversa*; (b) *fazer e responder perguntas*; (c) *gratificar e elogiar*; e (d) *dar e receber feedback*.

A terceira classe a ser apresentada refere-se ao desempenho razoavelmente padronizado, em congruência às normas sociais e culturais de uma determinada cultura, reconhecida como habilidade social de civilidade. Esta se fundamenta em encontros sociais breves e ocasionais, em que se utiliza formas delicadas de conversação, como *expressão de cortesias, cumprimentos, despedida e agradecimento*, (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2001). No entanto, vale a ressalva frente a um possível exagero, em que a formalidade pode dar a impressão de inflexibilidade e falta de autenticidade por parte do interlocutor. Assim, somente um bom repertório desta classe, somados ao controle da ansiedade e à assimiliação de regras, pode orientar as interações em certos contextos, possibilitando um desempenho satisfatório da referida classe de habilidades sociais.

Outra classe de habilidade social bastante citada na literatura é a assertividade, que tem sido definida, num aspecto geral, como uma afirmação dos próprios direitos e expressão

de sentimentos, pensamentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada, sem violar os direitos de outras pessoas (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 1996). É perpassada por direitos e deveres inerentes à vida, que implicam na necessidade de um tratamento respeitoso e digno, recusa de pedidos absurdos, mudança de opinião e pedidos de informações. Assim, de acordo com estes mesmos pesquisadores, as habilidades essenciais na composição desta classe de habilidades sociais diz respeito as seguintes respostas comportamentais: (a) manifestar opinião, concordar e discordar; (b) fazer, aceitar e recusar pedidos; (c) desculpar-se e admitir falhas; (d) estabelecer relacionamentos afetivo/sexual; (e) encerrar relacionamentos; (f) saber expressar raiva e pedir mudança de comportamento (habilidades centrais); (g) interagir com autoridades e (h) lidar com críticas de forma construtiva (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2001).

Já a capacidade de compreender e sentir o que alguém pensa e sente, em uma situação ou demanda afetiva está diretamente ligada às habilidades sociais de empatia. Este termo é definido pelo dicionário escolar da língua portuguesa (Academia Brasileira de Letras, 2008, p. 480) como: “*s.f 1. (Psican.) Identificação afetiva com outra pessoa, que se caracteriza pela capacidade de poder se colocar no lugar do outro e imaginar quais são seus sentimentos e sensações [...].*”

Para Del Prette e Del Prette (2001; FALCONE, 1999), as habilidades sociais de empatia são exercidas em situações de demanda quando o interlocutor experencia sentimentos negativos e positivos, reagindo a demandas que caracterizam uma necessidade do tipo afetiva. Ainda para tais autores, a definição comporta três componentes: **cognitivo**, que compreende a interpretação e compreensão dos sentimentos do outro; **afetivo**, entendido como o experimentar a emoção do outros e, **comportamental**, que expressa a compreensão e sentimentos relacionados à dificuldade ou êxito do interlocutor.

A empatia é pertinentemente explorada por Eliane Falcone (1999), que descreve o comportamento como uma habilidade de comunicação que se caracteriza pela capacidade do sujeito compreender os sentimentos e pensamentos do outro, manifestando esta compreensão de maneira sensível e apropriada. Falcone discorre ainda sobre a valorização da empatia nas relações pessoais e profissionais, apontando a utilidade desta habilidade para a manutenção da qualidade dos relacionamentos interpessoais. Segundo a autora, pessoas empáticas apresentam maior facilidade de reduzir conflitos nas relações pessoais e profissionais.

Classe mais próxima do objeto da presente proposta de trabalho científico, entendidas como habilidades sociais profissionais (termo inicialmente utilizado por Argyle, 1980), são

abordadas como aquelas que atendem a diferentes demandas interpessoais do ambiente de trabalho, visando o cumprimento de metas, o bem estar da equipe e o respeito dos direitos de cada um (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2001). Nesta classe, evidencia-se habilidades basilares, não descartando às sobreposições já discutidas anteriormente, para a constituição da mesma, abarcando, assim, respostas comportamentais como: (a) *coordenar grupos*; (b) *falar em público*; (c) *resolver problemas* e (d) *mediar conflitos*. Diretamente associada à liderança de equipes, afirmam os autores, as habilidades sociais profissionais incorporam ainda outras habilidades, além das subclasses destacadas, como o dar *feedback* positivo, expressar disposição e bom humor, incentivar e demonstrar os avanços da equipe, persuasão, e capacidade de negociação.

Por fim, a classe de habilidades sociais de expressão de sentimentos positivos, que fazem parte do cotidiano de qualquer ser social saudável. Esta contribui decisivamente para a qualidade de vida, o equilíbrio emocional e a harmonia entre as pessoas. Dentre suas habilidades principais estão: (a) fazer amizades, (b) expressar solidariedade e (c) cultivar o amor (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2001).

A partir da apresentação das classes de habilidades sociais reitera-se a interdependência destas classes e subclasses dessas habilidades em todos os ambientes passíveis de socialização. Conforme Del Prette e Del Prette (2001, p. 60), “*a organização das habilidades em diferentes conjuntos tem como base a análise de seu conteúdo e funcionalidade, mas não exclui algumas sobreposições, inevitáveis devido à variabilidade e à complexidade das relações interpessoais*”.

No entanto, em se tratando de uma proposta de pesquisa cujos objetivos se configuram através da investigação de habilidades sociais e suas influências no contexto laboral, mais especificamente na figura de enfermeiros gerentes de equipes de saúde, instaura-se a possibilidade de maior exploração de habilidades sociais que peculiarizam, e são vivenciadas mais cotidianamente como parte do comportamento gerencial, no contexto profissional.

1.3.2. Habilidades sociais e a prática profissional

Num primeiro momento, ao se discutir a relevância dos estudos das habilidades sociais no cenário nacional, torna-se condição essencial as considerações de Del Prette e Del Prette (1996) em relação à amplitude de questões que permeiam o campo teórico-prático das habilidades sociais, visto as diferentes abordagens conceituais da Psicologia, métodos e diretrizes teóricas que visam analisar o desempenho social em diferentes contextos, como

educacional, organizacional e clínico. Fato este que sugere a necessidade de um refinamento dos conceitos básicos do campo das habilidades sociais, critérios de escolhas de instrumentos, de avaliação e intervenção.

Tal complexidade ainda advém da falta de teoria geral sobre habilidades sociais e de um esquema conceitual, como já citado anteriormente, que integrem as diferentes abordagens teóricas que, por sua vez, se sobrepõem, se contrapõem e se complementam dependendo do contexto analítico. (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 1996).

As habilidades sociais são aprendidas no decorrer do ciclo de vida. Os processos de aprendizagem de habilidades sociais e desenvolvimento de competência social ocorrem naturalmente por intermédio das relações interpessoais que o ser humano vivencia ao longo da vida. Dentre as principais condições para o desenvolvimento estão as experiências na infância, na adolescência, em práticas educativas no seio familiar e na escola.

A evolução na complexidade das demandas sociais e a necessidade de adaptação do indivíduo aos variados contextos situacionais, tanto em nível pessoal quanto profissional, sugere uma elaboração cada vez maior do repertório de habilidades sociais das pessoas (BANDEIRA et al., 2000). Fato este, que vem aumentando o interesse por pesquisas na área organizacional (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 1999).

No caso de enfermeiros, entende-se que o aprimoramento da competência interpessoal pode tanto facilitar as relações de trabalho, como o atendimento às demandas pessoais, podendo tornar suas atitudes mais profissionais e proporcionar condições mais viáveis para as resoluções de problemas cotidianos (MENDES, 2014).

Os novos modelos organizacionais exigem cada vez mais pessoas capacitadas a serem assertivas no desenvolvimento e manutenção de suas relações interpessoais. A construção de um repertório socialmente habilidoso é de fundamental importância para enfermeiros na sua relação com equipes de trabalho, tendo em vista que estes possuem a capacidade de influenciar no seu comportamento e, também, na melhora do paciente. (MENDES, 2014, p.378).

Contudo, em meio à riqueza de interações que contribuem para à adaptação contextual do indivíduo, encontram-se, também, práticas não muito favoráveis que, por sua vez, podem desencadear *déficits* na formação ou aperfeiçoamento de habilidades sociais, direcionando o sujeito para dificuldades que poderão impactar negativamente nas relações interpessoais (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2013).

Neste cenário, Murta (2005) afirma que podem ocorrer consideráveis falhas nos processos cotidianos de aprendizagem, desenvolvendo *déficits* nas habilidades sociais do

sujeito. As variáveis ambientais podem tanto promover o aperfeiçoamento e/ou desenvolvimento de um repertório habilidades sociais, como também podem restringi-lo de tal maneira a criar *déficits* interpessoais (PEREIRA, DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2009).

A preocupação com os *déficits* é evidenciada por Silva e Murta (2009), ao discorrerem sobre a ausência de importantes habilidades sociais durante a infância e adolescência e os possíveis comprometimentos em fases posteriores do ciclo de vida. Assim, a apuração de possíveis falhas no repertório torna-se fundamental para o autoconhecimento do profissional da saúde, sobretudo quando em cargos de liderança, para, conseqüentemente, buscar o aperfeiçoamento dessas habilidades a partir de variáveis ambientais e/ou no campo da Educação Permanente.

De acordo com Pereira, Del Prette & Del Prette (2009), alguns fatores estão associados à dificuldade na exposição de um bom desempenho social: (a) falta de conhecimento do ambiente; (b) restrições de oportunidades e de modelos; (c) falhas de reforçamento; (d) ausência de *feedback*; (e) excesso de ansiedade interpessoal; (f) dificuldades de discriminação e processamento; e (g) problemas de comportamento internalizantes ou externalizantes.

Referente à ansiedade interpessoal, Del Prette e Del Prette (2000) descrevem que esta pode provocar a esquiva ou a fuga de relacionamentos interpessoais, além de gerar comportamentos sociais excedentes, como falar demasiadamente. Exemplos de situações interpessoais causadoras da ansiedade são: (a) confronto de opiniões, que requer habilidade de expor argumentos contrários àqueles adotados pelo interlocutor; (b) diálogo com autoridade, que requer um estudo do momento e local adequado para a abordagem; (c) falar em público, que varia em grau a depender do público e contexto, requerendo habilidade de comunicação; (d) reclamar direitos; e (e) recusar pedidos. Estas duas últimas tem relação direta com a assertividade.

Outra influência na produção de *déficits* no repertório comportamental está na disfuncionalidade dos processos cognitivos, como auto-avaliações distorcidas, padrões perfeccionistas e crenças irracionais. Estas podem interferir negativamente no desempenho interpessoal do sujeito (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2000). Nesse prisma, a leitura social do ambiente (percepção social) pode atuar como mais um fator explicativo para problemas de ordem interpessoal, já que os resultados podem ser desastrosos diante de uma leitura inadequada. Pois *“ler o ambiente social significa interpretar corretamente a comunicação realizada pelo interlocutor através dos canais verbal e não-verbal, discriminando os papéis e*

as normas em que a interação está ocorrendo” (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2000, p.256).

Em consonância, Carmelo et al. (2016) também apontam alguns obstáculos no cotidiano do gestor que, conseqüentemente, podem sugerir a formação de *déficits* neste repertório: falha na comunicação, comportamento agressivos, desrespeito à pessoa, falta de confiança, entre outros. No entanto, *déficits* poderão ser reparados por meio do treinamento sistemático, em contextos estruturados e por meio de estratégias grupais bem conduzidas (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2006), o que é denominado, a partir de referenciais teóricos, de “Programa de Treinamento de Habilidades Sociais”. Em relação ao Treinamento de Habilidades Sociais, Caballo (2003) afirma que “*o THS encontra-se entre as técnicas mais potentes e mais freqüentemente utilizadas para o tratamento dos problemas psicológicos, para a melhoria da efetividade interpessoal e para a melhoria geral da qualidade de vida” (p. 181).*

Por conseguinte, vale a citação de intervenções encontradas na literatura, que vêm ao encontro com a descrição supracitada, em relação às contribuições das intervenções em diferentes contextos sociais, explorando conseqüentemente a variabilidade dos treinamentos de habilidades sociais. Neste sentido, fundamentando-se em outros processos interventivos grupais enfocados no desenvolvimento de habilidades sociais educativas, Murta (2007) traz um histórico dos treinamentos em habilidades sociais nas produções brasileiras, apontando para a diversidade interventiva, o crescimento da metodologia para o desenvolvimento de habilidades sociais, suas características e cuidados metodológicos relevantes. Ao final do estudo, a autora sugere a expansão das intervenções em prevenção primária³ no ambiente escolar, comunitário e na formação de profissionais da saúde em geral.

Explorando o campo dos PHS, Falcone (1999) também evidencia estudos sobre o tema no que tange a eficácia de intervenções. Em um de seus trabalhos buscou avaliar os resultados de um Programa de Treinamento de Empatia (PTE) no desenvolvimento do comportamento empático de universitários. Ao final a autora constata, ao final, a eficácia do PTE tanto na forma da comunicação verbal, como da não verbal, entendendo a empatia enquanto uma habilidade de comunicação.

Neste mesmo caminho, Silva e Murta (2009) relatam outras experiências sobre programas interventivos em habilidades sociais, como, a avaliação do treinamento com

³ De acordo com Coelho e Murta (2007), intervenções em prevenção primária diz respeito a grupos ou indivíduos expostos a possíveis fatores de riscos, porém, ainda sem um grau de comprometimento significativo com problemas interpessoais, isto, objetivando o desenvolvimento de habilidades como fator de proteção.

adolescentes ligados ao Programa de Atenção Integral à Família. Em seus resultados, as autoras, numa análise voltada para a satisfação e insatisfação dos participantes em relação ao PHS, concluíram resultados positivos pelos adolescentes e seus pais no que tange à ampliação do repertório de habilidades sociais após a intervenção.

Num outro trabalho, Coelho e Murta (2007) exploraram o desenvolvimento de habilidades sociais educativas a partir de um treinamento realizados com cinco pais e duas mães na faixa etária entre 31 e 50 anos, recrutados através da ficha de triagem de seus filhos disponibilizadas no Centro de Estudos, Pesquisa e Prática Psicológica, no Estado de Goiás. Ao final, os resultados também apresentaram a importância da intervenção para a melhora nas relações interpessoais, como também, no repertório de soluções de problemas e autocuidados.

Um estudo mais recente, no intuito de avaliar a eficácia de um Programa de Promoção de Habilidades Sociais para idosos, Carneiro e Falcone (2016) demonstraram, a partir de um trabalho com 40 idosos, sendo 20 pessoas participantes do grupo experimental e as outras 20 pertencentes ao grupo de controle, todos participantes de atividades em uma universidade da terceira idade, no município do Rio de Janeiro, a relevância da proposta interventiva através do aumento do repertório de habilidades em idosos. Neste pesquisa utilizou-se, para fins de avaliação dos resultados, três momentos: a linha de base, o pós- intervenção e o *follow-up*.

Apesar de inúmeras pesquisas frente aos resultados de PHS em diferentes contextos como na clínica, na escola, em universidades, entre outros cenários, pouco se evidenciou, na literatura brasileira, a exploração das habilidades sociais no âmbito do trabalho, assim, como processos interventivos. No entanto, o método de THS já começa a sofrer adaptações para outros contextos, como por exemplo, para ambientes de trabalho. Assim, Mendes (2014) relata a experiência de um THS com um grupo da enfermagem, onde descreve uma intervenção estruturada no desenvolvimentos de habilidades como a de tomada de decisão, resolução de problemas, autoconhecimento, comunicação eficaz, empatia, trato como emoções e estresse e de relacionamento interpessoal.

Nesta ótica, enalteceu a importância do THS ao descrever o fomento desta intervenção ao indivíduo no que diz respeito ao trabalho construtivo em parcerias e ao estabelecimento de relações produtivas, aplicados ao processo de liderança. Del Prette e Del Prette (2006) destacam a relevância do desenvolvimento das relações interpessoais para se desfrutar de uma vida mais saudável, menos propensa a doenças, como também de uma produtividade no trabalho. O relacionamento interpessoal, principalmente na atuação de profissionais em cargos de liderança como os de gerentes, supervisores, coordenadores, entre outros, se dá,

principalmente, por meio das relações interpessoais, dependendo assim, essencialmente, de um conjunto de habilidades que perpassam os relacionamentos. Quando se apresentam socialmente habilidosos, estes profissionais contribuem, significativamente, para a melhoria da qualidade das relações intra e inter setores, clientes e público em geral.

Sendo assim, Del Prette e Del Prette (2001) definem as habilidades no campo de trabalho como habilidades sociais profissionais: *“aquelas que atendem às diferentes demandas interpessoais do ambiente de trabalho objetivando o cumprimento de metas, a preservação do bem-estar e o respeito aos direitos de cada um”* (p. 89). Parte-se do princípio de que *“qualquer atuação profissional envolve interações com outras pessoas onde são requeridas muitas e variadas habilidades sociais, componentes da competência técnica e interpessoal necessária para o envolvimento em várias etapas de um processo produtivo.”* (p. 56).

Em referência ao público alvo desta pesquisa, Grazziotin e Scortegagna (2013) afirmam que profissionais que trabalham no atendimento ao público, frequentemente expostos a situações estressantes, tem como condição essencial o desenvolvimento de um bom repertório de habilidades sociais para que possam ser produtivos em suas atividades. Em complemento, Del Prette e Del Prette (2005) inferem que, quando o indivíduo possui um considerável índice geral de habilidades sociais, ele consegue interagir melhor e ter melhores resultados no trabalho.

Abordando mais especificamente as habilidades sociais em profissionais de enfermagem, Cañon-Montañez e Rodriguez-Acelas (2011) relatam a ênfase, na formação de enfermeiros, na valoração de competências técnico-científicas e pouco investimento nas habilidades sociais. Algo complexo para uma profissão que se fundamenta no cuidado integral ao outro, com interações constantes com outras pessoas, por vezes em situações angustiantes e conflituosas. Em um estudo realizado por esses autores foi verificado pouco conhecimento da habilidade social de assertividade por parte de estudantes de enfermagem. Assim, sugerem a implementação de estratégias para se trabalhar o desenvolvimento da assertividade no processo de formação desses profissionais.

Assim, *“é preciso criar espaços que lhes permitam refletir e buscar desenvolvimento para além de aspectos técnicos relacionados à liderança mas, principalmente, aspectos que fortaleçam a dimensão interpessoal que envolve esse trabalho.”* (ROCHA & MURANI, 2013, p. 64).

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Conhecer o repertório de habilidades sociais de enfermeiras gestoras em equipes de Saúde da Família e analisar a importância destas habilidades no âmbito das competências gerenciais na área da saúde.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar habilidades sociais presentes no repertório de enfermeiras gestoras atuantes na atenção primária, bem como os principais *déficits* apresentados por elas no cotidiano do trabalho.
- Investigar, conforme percepções das enfermeiras, quais as habilidades gerenciais mais produtoras para gestão de uma equipe de Saúde da Família.
- Analisar as auto-avaliações das enfermeiras em relação às principais estratégias para a aquisição e aperfeiçoamento de habilidades sociais, bem como os possíveis obstáculos para o desenvolvimento destas.

CAPÍTULO III

MÉTODOS

3.1. Delineamento da pesquisa

Rudio (1986, p. 9) esclarece que, em sentido amplo, a pesquisa se refere a:

Um conjunto de atividades orientadas para a busca de um determinado conhecimento. A fim de merecer o qualificativo de científica, a pesquisa deve ser feita de modo sistematizado, utilizando para isto método próprio e técnicas específicas e procurando um conhecimento que se refira à realidade empírica.

Neste sentido, o presente estudo vislumbrou o levantamento e análises sistemáticas sobre a gama de habilidades sociais de enfermeiras no contexto de suas atuações como gerentes de ESF, bem como buscou analisar a importância destas habilidades no exercício do gerenciamento de equipes de saúde. Para isto, decidiu-se pela realização de uma pesquisa do tipo descritiva, com utilização de instrumentos de coleta de dados que visam a exploração tanto qualitativa como quantitativa do objeto em estudo. Conforme Rudio (1986, p. 71), “*a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los*”.

Também Rampazzo (1998) afirma que a pesquisa descritiva permite observar, registrar e correlacionar os fenômenos do mundo físico e humano, mas não possibilita interferências e manipulação por parte do pesquisador. Além disto, busca uma compreensão particular daquilo que se estuda, centralizando no específico, no peculiar e questionando o valor da generalização. Portanto, em um estudo de natureza qualitativa, de acordo com Moura, Ferreira e Paine (1998), a preocupação maior não está na generalização dos resultados obtidos, mas sim na descrição, compreensão e interpretação dos fenômenos a serem observados.

Sendo assim, relevando os méritos de uma pesquisa descritiva, sua pertinência aos objetivos do estudo vigente e o fomento de uma análise mais aprofundada das variáveis investigadas, justifica-se a escolha dessa modalidade de pesquisa, em meios às suas vantagens e limitações.

3.2. Local

A pesquisa foi realizada em Rio Claro, município localizado na região do médio-paraná do Estado do Rio de Janeiro. No período, apresentava um contingente de aproximadamente 17.988 habitantes, no último censo realizado em 2010 - dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - distribuídos em cinco distritos, numa extensão territorial de 841,39 km². São eles: 1º distrito de Rio Claro, Lídice, Getulândia, Passa Três e São João Marcos.

A Rede Municipal de Saúde possui, em sua estrutura organizacional, serviços de atenção primária e de média complexidade. Na atenção primária, apresentava equipes de Vigilância em Saúde, nove Unidades com Equipes de ESF onde sete destas possuíam serviços de saúde bucal integrados. Evidencia ainda uma UBS onde estava lotada uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF 1), composta por fisioterpeutas, psicóloga e fonoaudiólogas que prestavam serviços estratégicos de acordo com as demandas das eSF. As atividades das eSF eram perpassadas por campanhas de promoção e prevenção em saúde, cumprimento de indicadores nacionais e estaduais pactuados, gestão de pessoal e de material, assistência clínica e social, considerando as especificidades profissionais das equipes de assistência. Ocorriam ainda participação em capacitações regional e estadual, reuniões de equipe e reuniões gerenciais com a coordenação de todas as eSF. Ainda na atenção primária, a rede dispunha dos serviços ofertados pelo Programa da Academia da Saúde, possuidor de um Polo no 1º distrito, onde eram realizadas práticas diversas de atividades físicas e culturais, além de educação em saúde.

Em relação à média complexidade, os serviços se estruturavam com um hospital geral, um serviço de pronto-atendimento (SPA), assistência farmacêutica, centro de especialidades, incluído os serviços de fisioterapia, um Caps 1, um centro de especialidades odontológicas e um setor de planejamento e regulação.

3.3. Participantes

No planejamento da pesquisa, definiu-se por convidar a participar oito enfermeiras efetivas ou contratadas que eram responsáveis pela gestão das eSF no município. Apesar do número de nove Unidades de ESF inseridas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), uma destas equipes encontrava-se sem um profissional gestor na ocasião. Sendo assim, foram convidadas para a participação as três gestoras das equipes de ESF

localizadas no 1º distrito, as duas gestoras das equipes de ESF do 2º distrito e as demais gestoras dos outros distritos e da sublocalidade, respectivamente.

Em relação aos aspectos da gestão de pessoal, vale a descrição das equipes nas quais as participantes da pesquisa atuavam como gestoras, podendo ser compreendidas em termos de sua formação estrutural e funcional enquanto equipes interdisciplinares mínimas, em atendimento à PNAB. Destaca-se assim, que em cada eSF do município, gerenciada pelas enfermeiras, atuavam: um médico (generalista), uma enfermeira (no caso, gerente da unidade), um técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (em número especificado de acordo com o quantitativo populacional do território da unidade), agentes de endemias (com o número, também, proporcional), um recepcionista, um auxiliar de serviços gerais e um dentista em sete das oito equipes.

3.4. Técnicas e Instrumentos

A presente pesquisa, em busca de técnicas de coleta de dados capazes de propiciar uma análise tanto qualitativa como quantitativa do objeto em estudo, optou pelo uso da entrevista semiestruturada e pela aplicação de um teste para aferir o repertório de habilidades sociais do sujeito, neste caso o Inventário de Habilidades Sociais (IHS), de Almir Del Prette e Zilda Del Prette (2016).

3.4.1. Roteiro de entrevista semiestruturada

Conforme definida por Moura, Ferreira e Paine (1998), a entrevista consiste em uma técnica de coleta de dados que usualmente determina um contato face a face entre o entrevistador e o entrevistando com a finalidade de recolhimento de informações, percepções, crenças e sentimentos do segundo a respeito de si mesmo, de outras pessoas ou de eventos relevantes. Em completude, Rudio (1986), ao caracterizar esta técnica, explica que a mesma se constitui a partir de um conjunto de questões, enunciadas como perguntas, geralmente de maneira organizada e sistemática, objetivando o alcance de determinadas informações.

Nesta pesquisa, para melhor levantamento e exploração dos repertórios de habilidades sociais de enfermeiras gerentes de eSF, decidiu-se por trabalhar como uma entrevista do tipo semiestruturada, tendo em vista o anseio pelo levantamento de informações completas e, ao mesmo tempo, pela possibilidade de elaboração ou maior detalhamento de questões durante o processo da entrevista. Isto para se evitar a rigidez e limitação de categorias de resposta que são comuns em entrevistas estruturadas (MOURA, FERREIRA & PAINE, 1998). A

entrevista semiestruturada se apresenta sob a forma de um roteiro preliminar de perguntas, que se molda à situação concreta de entrevista, já que o entrevistador tem a liberdade de acrescentar novas perguntas a esse roteiro, com o objetivo de aprofundar e clarificar pontos que ele considere relevantes aos objetivos do estudo (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997 apud MOURA, FERREIRA & PAINE 1998, p. 78).

Nesta lógica, na construção do roteiro de entrevista utilizado (APÊNDICE A) foram elaboradas onze questões abertas com o intuito de estimular às participantes na emissão de respostas que versam sobre os seguintes aspectos: importância das habilidades gerenciais no repertório de enfermeiros; habilidades que consideram fundamentais para a prática da liderança de equipes; habilidades sociais que avaliam possuir ou, por outro lado, serem deficientes, em seus repertórios; o modo como desenvolveram e como acreditam ser a melhor maneira para a aquisição e aperfeiçoamento das habilidades, assim como os obstáculos encontrados para a aplicação das habilidades sociais na prática de trabalho. Assim, questões do roteiro também fomentaram o relato de exemplos situacionais das práticas de trabalho quanto a utilização das habilidades sociais, visando maior robustez e precisão das respostas a serem obtidas.

3.4.2. Inventário de Habilidades Sociais

Os testes psicológicos são definidos por Anastasi e Urbina (2000) como uma medida objetiva e padronizada de uma amostra de comportamentos de um indivíduo. Enaltecendo seu considerável teor metodológico, investigativo e científico a respeito da natureza humana, juntamente com exigentes critérios de validade, fidedignidade e padronização, o teste psicológico pode ser apresentado como um valioso instrumento de análise da personalidade e de predição comportamental do sujeito. Por conseguinte, decidiu-se pela utilização de um instrumento específico de avaliação de habilidades sociais com validade comprovada e adaptado à realidade brasileira. Sendo assim, vale uma breve contextualização sobre a escolha do IHS desenvolvido por Del Prette e Del Prette (2016), no cenário nacional.

De acordo com estes autores, os inventários de autorrelato têm sido bastante utilizados para o conhecimento do repertório de habilidades sociais do indivíduo, podendo revelar aspectos da autopercepção e da autoestima do sujeito nas relações sociais. Mediante os poucos instrumentos desenvolvidos para avaliar as habilidades sociais contextualizados à cultura brasileira e validados no país, Del Prette e Del Prette (2016), no ano 2000, elaboraram o IHS enquanto instrumento de autorrelato que visa *“aferrir o repertório de habilidades*

sociais usualmente requerido em uma amostra de situações interpessoais e cotidianas.” (p. 15). Seus resultados permitem, conseqüentemente, identificar *déficits* e recursos em habilidades sociais, assim como favorecem o planejamento de programas de intervenção nesta área (BANDEIRA et al., 2000).

Em seqüência à elaboração do Inventário, iniciou-se no país uma sucessão de estudos para investigar suas qualidades psicométricas para fins de comprovação de sua fidedignidade e validação, concomitante a instrumentos já validados. Numa destas pesquisas Del Prette et al. (1998) analisaram as propriedades psicométricas do IHS a partir de respostas de uma amostra de Universitários de duas escolas de Uberlândia-MG, priorizando, neste estudo, a estrutura fatorial e a consistência interna do instrumento. Não obstante, o resultado evidenciado identificou qualidades psicométricas adequadas do referido Inventário (BANDEIRA et al., 2000).

Já em 2000, Badeira et al., em estudo de avaliação da fidedignidade e validade concomitante da versão mais atualizada do IHS, puderam evidenciar, novamente, a qualidade do instrumento a partir da estabilidade temporal (ou fidedignidade), utilizando teste-reteste do IHS, além do coeficiente de Spearman e da validação paralela do mesmo em relação à Escala de Rathus. Em consequência, pôde-se concluir uma maior confiabilidade e segurança em relação à utilização do IHS para medir o construto de habilidades sociais. Considera-se assim que o IHS permite a avaliação das habilidades sociais a partir de variadas dimensões comportamentais e situacionais pertinentes à cultura brasileira.

Como característica estrutural, o Inventário é composto de cinco fatores: F1 (enfrentamento e auto-afirmação com risco); F2 (auto-afirmação na expressão de sentimento positivo); F3 (conversação e desenvoltura social); F4 (auto-explicação a desconhecidos e situações novas) e F5 (autocontrole da agressividade). Estes fatores apresentam habilidades a serem avaliadas em trinta e oito itens a partir de uma escala do tipo Likert (DEL PRETTE & DEL PRETTE , 2016).

3.5 Procedimentos de coleta de dados

O referido projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética na Pesquisa da UFRRJ / COMEP (ANEXO A) a partir do número de processo 23083.020611/2017-53, atendendo aos princípios éticos de acordo com a Resolução 466/12. Na seqüência, mediante a aprovação formal da Secretária Municipal de Saúde do município selecionado para a pesquisa, foi definido junto à gerente de atenção básica uma data para a

apresentação inicial, em grupo, da proposta de pesquisa a todas as enfermeiras responsáveis pelas eSF e o consequente agendamento dos dias e horários para a formalização dos convites e para o início da coleta dos dados, de maneira a não atrapalhar suas tarefas cotidianas de trabalho. Assim sendo, considerando a distância entre os distritos em que se localizam as Unidades de ESF, decidiu-se pela ida do pesquisador a cada um destes estabelecimentos de saúde para a apresentação da propostas às enfermeiras, primando pelo acesso facilitado das mesmas e evitando suas saídas do ambiente de trabalho. Assim, foi previsto um total de oito encontros para a coleta de dados e ao menos mais um encontro para a devolutiva dos resultados, planejada para ocorrer após uma reunião de equipe das gerentes de ESF que acontece quinzenalmente.

Os encontros para de coleta de dados ocorreram de modo individual, em dias e horários mais adequados para cada uma das enfermeiras, sendo todos eles realizados dentro das Unidades de Saúde de referência de cada gerente de Saúde da Família, em locais em que era possível evitar interrupções, manter o sigilo das informações e proporcionar um ambiente climatizado e com mobiliário suficiente para aplicação dos instrumentos. Portanto, as salas onde as entrevistas foram realizadas atenderam às condições mínimas para a coleta de dados, não evidenciando variáveis estruturais e materiais que pudessem influenciar negativamente no processo.

Assim, mantendo o planejamento prévio, o pesquisador dispôs inicialmente de uma conversa informal com as gerentes com o objetivo de explicar os objetivos, as características e os procedimentos da pesquisa e de realizar uma contextualização breve sobre as habilidades sociais no cotidiano das atividades laborais. Por conseguinte, foi lido, explicado e assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no Apêndice B, para, somente depois, ser iniciada a coleta dos dados. Nesse momento, cada participante foi assegurada acerca do sigilo de seus relatos e foi informada sobre o uso do gravador durante a entrevista, sobre o caráter voluntário de sua participação e sobre a possibilidade de desistência em qualquer etapa da pesquisa.

Primeiramente, foi aplicado o IHS e, logo em seguida, procedeu-se a realização da entrevista semiestruturada, cujo tempo e as intervenções interrogativas variaram de acordo com as participantes. Os relatos foram gravados em áudio e foram, posteriormente, transcritos na íntegra. Ao final da coleta e análise dos dados, como devolutiva, os principais resultados e conclusões da pesquisa serão disponibilizados às participantes, separadamente ou em grupo, após devido agendamento.

3.6. Análise de dados

3.6.1. Entrevistas semiestruturadas

Para a análise dos dados obtidos a partir da entrevista semiestruturada, decidiu-se utilizar os conceitos e abordagens do referencial metodológico de Bardin (2016). De acordo com Bardin, para a realização da análise de conteúdo são necessárias algumas ações sequenciais, como: a pré-análise, a exploração do material, a análise e a interpretação dos dados. Neste sentido, na aplicação deste método de análise, o pesquisador realiza diversas leituras, análises e interpretações sistemáticas dos discursos dos participantes, procedendo o consequente agrupamento do conteúdo por similaridades percebidas em cada eixo de análise.

A categorização ocorre com base nos núcleos de significado identificados nos relatos dos participantes e apontados pela literatura especializada na área do estudo em questão, sendo a interpretação realizada a partir do agrupamento da significação dos conteúdos.

Assim, no desenvolvimento da fase de análise da pesquisa, foram realizadas primeiramente a escuta e transcrição, na íntegra, dos áudios das entrevistas com as enfermeiras. Após as transcrições, foi iniciada o que Bardin (2016) conceitua de “leitura flutuante”. Neste momento, foram feitas sistemáticas e numerosas leituras das transcrições das entrevistas, visando o conhecimento do material coletado, a estimulação de hipóteses, orientações e organizações preliminares das ideias e suas relações com os objetivos do trabalho. Por conseguinte, foram definidas as categorias para, conseqüentemente, ser realizada a codificação, compreendida por Bardin (2016) como um elo entre os dados textuais e a teoria explorada no estudo, a partir de regras de recortes do texto.

Para o tratamento dos dados, realizou-se recortes a nível semântico, priorizando uma análise temática, onde, de acordo com Bardin (2016, p. 135): *“Fazer uma análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos do sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.”* Como regra de enumeração, utilizou-se a presença ou ausência de elementos textuais do documento, no caso a entrevista transcrita, em relação ao tema, tendo como base as questões do roteiro de entrevista.

Por fim, após a enumeração do tema, pôde-se realizar os processos de inferência em relação à proposta do trabalho. Assim, tornou-se possível as correlações com os conteúdos teóricos ofertados no estudo para fins de conclusões iniciais sobre o objeto de pesquisa.

3.6.2. Inventário de Habilidades Sociais

Em relação ao teste, no caso o IHS, a tabulação dos dados foi realizada através de um sistema de correção informatizada via web e a apuração e interpretação dos seus resultados ocorreu mediante às regras de correção e análise do Manual de Aplicação, Apuração e Interpretação do IHS de Del Prette e Del Prette (2016).

Nos resultados psicométricos e interpretativos deste instrumento, foram realizadas análises descritivas dos escores totais, por fatores e itens de maiores relevância para o estudo. A classificação do repertório de habilidades sociais das enfermeiras, no escore global e nos escores dos cinco fatores, foram feitas em relação aos resultados normativos do estudo original do IHS-Del-Prette, calculado em termos de percentis (Del Prette & Del Prette, 2001).

Assim, a classificação do repertório foi dividida em cinco categorias de percentis (P): 1) Repertório deficitário em habilidades sociais ($P < 25$); 2) Bom repertório de habilidades sociais (abaixo da mediana, $P = 25$ e < 50); 3) Repertório mediano ($P = 50$); 4) Bom repertório de habilidades sociais (acima da mediana; $P > 50$ e < 75); e 5) Repertório bastante elaborado de habilidades sociais ($P \geq 75$). Desta forma, ocorreram as avaliações e as consequentes interpretações do repertório de habilidades, assim como, os itens compreendidos como mais significativos na consonância com os objetivos do trabalho.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Visando a contextualização dos dados alcançados na pesquisa, serão descritas as características profissionais das enfermeiras participantes para, em seguida, serem exibidas as categorias e algumas subcategorias elaboradas a partir de suas falas em cada eixo temático abordado nas entrevistas semiestruturadas, tendo por base a análise de conteúdo, em conformidade com a proposta metodológica de Bardin (2016). As categorias temáticas geradas foram organizadas e elencadas com suas respectivas descrições, assim como foram exemplificadas mediante transcritos textuais capazes de elucidar seus conteúdos. Na sequência, serão apresentadas as análises referentes ao repertório de habilidades sociais das gerentes, avaliadas mediante o uso do Inventário de Habilidades Sociais – IHS-Del Prette. Nos resultados psicométricos e interpretativos deste instrumento, foram realizadas análises estatísticas descritivas dos escores totais, bem como de seus fatores e itens, considerando, sobretudo, aqueles de maior relevância para o estudo.

4.1 Caracterização profissional das participantes

As oito profissionais que tiveram o repertório de habilidades sociais avaliado neste estudo eram todas enfermeiras atuantes como gestoras de eSF, na ABS do município de Rio Claro – RJ. A média de idade destas foi de 39 anos, com variação de 29 a 51 anos. No que se refere à formação acadêmica, além da graduação em enfermagem, sete das oito enfermeiras possuíam pós-graduação na área da saúde, sendo uma dessas especializações em saúde da família.

Em termos de exercício profissional, observou-se variações entre elas a respeito do tempo de atuação na ABS. A enfermeira F, com menor experiência, trabalhava, no período da coleta de dados, há apenas seis meses neste nível de atenção em saúde, tempo mínimo estipulado como critério para a participação na pesquisa. Por outro lado, a enfermeira C somava 20 anos de atuação na atenção primária, sendo que desses 20 anos, 17 foram como gerente de equipe. A média aproximada por tempo de atuação do grupo de enfermeiras na em eSF foi de sete anos.

Em relação ao tempo de atuação especificamente como gerentes, chama a atenção o fato de que sete das oito enfermeiras entrevistadas iniciaram seus percursos na ABS diretamente na função de gestoras de eSF, o que traz à luz a evidência de que a maioria começou seus trabalhos gerenciais sem a experiência prévia de ter liderado equipes multiprofissionais. Para melhor visibilidade das gerentes ao longo da apresentação dos resultados, cada uma delas foi nomeada com a abreviatura ENF seguida de uma letra de A a H.

Cada profissional tinha, como função principal, a gestão de uma equipe mínima constituída, no município, conforme composição preconizada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, por médico generalista ou especialista em Saúde da Família (1), enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família (1), odontólogos (2), agente de saúde bucal (1), técnico de enfermagem (1) e agentes comunitários de saúde em números variados de acordo com o quantitativo populacional de abrangência de cada eSF. Além dos citados, outros profissionais também compõem, com variações quantitativas, as equipes como: agentes de endemias, recepcionistas e auxiliares de serviços gerais.

No que tange às atividades profissionais exercidas pelas gerentes de ESF no município supracitado, pôde-se constatar uma variedade de tarefas que estavam a cargo das entrevistadas no cotidiano de trabalho. Além do gerenciamento de pessoas, dentre as demais tarefas destacaram-se ações de cunho administrativo relacionadas à organização das unidades de saúde, em conformidade com a PNAB, incluindo o gerenciamento de medicações na unidade a partir de seu recebimento e distribuição, elaboração de planilhas de horários das atividades da equipe de trabalho, controle de arquivos, agendamento de consultas, administração de insumos e agendamento de veículos. Suas atribuições incluíam ainda, como sinalizado por sete participantes, a assistência direta a usuários, com participação em tarefas voltadas para o acompanhamento pré-natal, educação em saúde, ações preventivas e puericultura.

4.2 As habilidades gerenciais na percepção das enfermeiras (eixo 1)

Neste primeiro eixo temático, ao serem indagadas a respeito das habilidades importantes para a gestão em saúde, as entrevistadas indicaram aquelas que julgavam mais relevantes para um bom desempenho do enfermeiro gestor frente às situações vivenciadas na interação com as equipes de saúde no cotidiano de trabalho na atenção básica. A partir dos dados reunidos foram identificadas cinco categorias, que serão descritas e exemplificadas a

seguir: *atitudes para o trabalho, trabalho em colaboração, aproximação e interesse pela equipe, mobilização e motivação à equipe e comunicação qualificada.*

4.2.1 Atitudes para o trabalho. Essa categoria abarca atitudes pessoais em relação ao compromisso com o trabalho em equipe. Refere-se ao modo como o profissional se posiciona na realização das atividades com vistas ao alcance dos resultados esperados e a obtenção da confiança dos membros da equipe, assumindo com determinação e presteza as atividades a ele designadas. Nos relatos obtidos junto às enfermeiras participantes, esta categoria correspondeu principalmente a ter organização e demonstrar paciência.

A subcategoria *organização* implica, segundo as entrevistadas, no gestor se mostrar organizado e disciplinado na administração dos serviços sob sua responsabilidade, de modo a cumprir com êxito as atividades para as quais foi incumbido, como pode ser verificado nas respostas da ENF C e da ENF F, respectivamente: “[...] em geral, ele tem que ser organizado”; “eu acho que organização é tudo. [...] eu penso que organização é bem importante”.

A subcategoria *paciência* ressalta a importância do profissional apresentar paciência no processo de trabalho, cultivando a tolerância na rotina profissional. Neste sentido, a ENF A considerou que “*primeira coisa, acho que a pessoa tem que ter uma paciência!*”, assim como observado na fala da ENF H: “*então, eu acho que paciência é a principal delas*”.

4.2.2 Trabalho em colaboração. Esta categoria refere-se à postura colaborativa do gestor em trabalho coletivo, incluindo a cooperação e atuação conjunta na realização de atividades, além do compartilhamento de conhecimentos.

A subcategoria *liderança participativa* foi entendida como mostrar disponibilidade e interesse pelo trabalho conjunto, o que se traduz por buscar o entrosamento e o diálogo com a equipe, com base em uma gestão compartilhada e descentralizada, caracterizada pelo estar/fazer junto, somar, ganhar aliados. A atuação colaborativa envolve tomada de decisão de modo participativo, conforme destacado, inclusive, na nova PNAB ao apontar as funções e qualidades esperadas do gerente de ESF, da colaboração com outros membros da equipe na realização de atividades e capacidade de delegar tarefas e responsabilidades. Nota-se o conteúdo desta subcategoria, por exemplo, nas respostas apresentadas abaixo:

[...] a gente tem que fazer junto, em conjunto com toda a equipe, porque um sozinho não faz nada mesmo, né. (ENF B)

Uma liderança participativa! Que eu não “tô” sozinha; eu sempre mostro “pra” eles que eu não “tô” sozinha; que eu não gerencio aqui, sozinha. (ENF C)

Ah, eu acredito que o entrosamento com a equipe. Eu acho que quando você tem a equipe com você, eu acho que tudo tende a fluir. Então, eu penso que uma característica do líder é ele trazer a equipe “pro” lado dele, sabe. (ENF F)

A subcategoria *compartilhamento de conhecimentos* pode ser descrita como adquirir e partilhar conhecimentos com os demais integrantes da equipe. O teor dessa subcategoria reside, portanto, em buscar e difundir conhecimentos relevantes relativos ao trabalho, mantendo a equipe atualizada, como pode ser verificado na resposta da ENF D: “*ter conhecimento para poder passar para os outros membros da equipe... se eu não conhecer não tem como passar para eles, né*”.

4.2.3 Aproximação e interesse pela equipe. Nesta categoria, as enfermeiras assinalaram a importância do gestor buscar aproximação e demonstrar interesse pelos colegas de trabalho, de modo a fortalecer os relacionamentos interpessoais no âmbito da equipe e favorecer relações mais harmônicas.

A subcategoria *companheirismo* foi definida como ser receptivo, mostrar-se amigo e companheiro, construindo bons relacionamentos e estabelecendo parcerias. Constitui exemplo de resposta nessa direção o que relatou a ENF B:

Então, eu acho assim, ele tem que ter a liderança, mas também tem que ser amigo; tem que ser companheiro. [...] tem que impor alguma coisa, mas não como chefe, né, mas como companheiro, respeitando o outro, o colega, para no final a gente somar, porque senão, não anda.

A subcategoria *conhecimento das necessidades e anseios da equipe* foi elaborada a partir do relato das enfermeiras quanto à importância do gestor estar próximo à equipe e, intencionalmente, buscar conhecer as características, potencialidades, problemas e necessidades de seus membros, o que pressupõe a disposição para respeitar as pessoas em suas diferenças e considerar o ritmo de trabalho de cada um. Entre as respostas, destacaram as verbalizações da ENF A: “[...] *o conhecimento da equipe é essencial, você tem que saber os problemas deles [...]. O conhecimento da equipe, né? [...] porque não adianta você chegar aqui e você só querer, querer, querer... não adianta*”. Nessa mesma direção, a ENF C pontuou que “*o líder, ele tem que conhecer quem são os seus... as pessoas que estão em volta de você*”.

4.2.4 Mobilização e motivação da equipe. Nesta categoria, as participantes reconheceram a necessidade de saber envolver e motivar os membros da equipe e buscar o desenvolvimento do potencial de cada um deles, com vistas a conduzir os esforços para o alcance de objetivos comuns, o que ocorre principalmente mediante incentivos e reconhecimentos. Entre as respostas, destaca-se os exemplos a seguir: *“eu acho que uma das coisas é a motivação, saber motivar a equipe.”* (ENF E); *“é você buscar o melhor que aquela pessoa tem, pra você fazer ele se desenvolver enquanto profissional.”* (ENF G); *“eu tentava mobilizar eles pra que eles se empolgassem junto comigo, eu tentava contagiar a equipe, assim, sabe, de que tem muita coisa legal que a gente pode fazer.”* (ENF F); *“[...]eu entendo que o gestor, ele tem essa responsabilidade. Ele tem que motivar a equipe dele. Ele não... ele não pode depender de ninguém ‘pra’ motivá-lo, mas é uma responsabilidade dele motivar, se ele quer que o trabalho dele se desenvolva... Ele tem que motivar a equipe.”* (ENF H).

4.2.5 Comunicação qualificada. Nesta categoria, as participantes ressaltaram, como principais pontos, o saber ouvir e, assim, captar o que as pessoas estão querendo, bem como o saber falar e dialogar, com demonstração de tato ao se expressar, o que implica em buscar o jeito adequado de falar, de modo a estabelecer uma conversa apropriada e capaz de alcançar os objetivos pretendidos, ao invés de se limitar a delegar atividades. Em resumo, trata-se tanto de saber o melhor modo de falar, como de saber o melhor modo e momento de falar, como do esforço de ouvir empaticamente o colega. Entre as respostas que ilustram essa posição foram identificadas os relatos relacionados a seguir: *“[...] saber ouvir... primeiro você tem que ouvir. Se você não ouvir, você não vai captar o que eles estão querendo.”* (ENF A); *“[...] tem pessoas que você precisa saber o jeito de falar... senão desanda tudo.”* (ENF A); *“liderar não é só a gente delegar e obrigar, mas sim a gente ir lá, saber, com jeito, falar o que quer e o que não quer; aí, depois, fica mais fácil.”* (ENF E); *“[...] um bom diálogo, né. [...] o gerente tem que saber conversar com a equipe.”* (ENF C); *“É, saber ouvir... é extremamente importante, porque as pessoas que trabalham, elas é... elas tem uma visão de um cenário que, essa visão pode fazer, assim, fazer uma grande diferença na sua estratégia de trabalho.”* (ENF H).

Primando por uma melhor visualização dos resultados deste eixo temático, a Tabela 1 apresenta a quantidade e a identificação das entrevistadas cujos relatos serviram de base para a construção de cada uma das categorias descritas.

Tabela 1 – Percepção das habilidades gerenciais importantes para um líder

<i>Categorias</i>	<i>f</i>	<i>Enfermeiras</i>
1 Atitudes para o trabalho	5	A, B, C, E, F
2 Trabalho em colaboração	5	B, C, D, F, G
3 Aproximação e interesse pela equipe	4	A, B, C, D
4 Mobilização e motivação da equipe	4	E, F, G, H
5 Comunicação qualificada	4	A, C, E, H

4.3 Autopercepção do repertório de habilidades gerenciais (eixo 2)

4.3.1 Habilidades sociais presentes no repertório das enfermeiras: forças autoavaliadas

Este eixo temático foi construído considerando o relato das enfermeiras a respeito de como avaliavam o próprio desempenho em termos das habilidades sociais que percebiam dispor em seus repertórios no trato diário com as equipes de saúde e usuários. Os dados encontrados foram organizados em sete categorias de habilidades: *habilidades empáticas*, *habilidades de resolução de problemas*, *habilidades de manejo de conflitos*, *habilidades de motivação do grupo*, *habilidades de assertividade*, *habilidades de expressão pessoal* e *habilidades de partilha de conhecimento*.

4.3.1.1 Habilidades empáticas. Esta categoria inclui a capacidade autoavaliada das enfermeiras de realizarem escuta qualificada tanto a usuários como a outros membros da equipe com o propósito de criar um ambiente seguro e acolhedor. Nesse sentido, elas afirmaram ouvir e compreender a outras pessoas de modo empático, o que envolvia ainda fornecer ajuda e mostrar abertura ao diálogo, com estímulo ao relato de experiências e opiniões. Para ilustrar essa categoria, foram destacados os seguintes relatos:

Aí as meninas me perguntaram: o que você fez lá dentro? Falei: ah, eu acolhi, conversei [...] falei que também a gente tem que estar se “pondo” no lugar deles [...]. (ENF A)

[...] tento ouvir, compreender; eu procuro, tento, né, ser amiga, ouvir, compreender. [...] a gente às vezes precisa sentar, conversar, ouvir e entender. (ENF B)

Mas, ao mesmo tempo, o acolhimento, também, é tudo... você sentar, escutar... (ENF F)

Eu consigo conversar muito com eles [membros da equipe]. Eu procuro conversar muito, sabe. Eu faço nossas reuniões semanais e eu falo: vamos lá, hoje não tem muito o que falar, mas, fala da semana de vocês, fala o que que não “tá” bom, o que... que “tá” desagradando, o que pode melhorar... (ENF F)

Ainda que no início da fala você já perceba que a pessoa não tem razão, mas, ainda sim, como líder você precisar ouvi-la “pra” que ela não crie um bloqueio. (ENF H)

4.3.1.2 Habilidades de resolução de problemas. Esta categoria diz respeito a capacidade de buscar, mediante o diálogo, resolver de modo conjunto situações difíceis que ocorrem ou são relatadas no contexto do trabalho. Inclui, portanto, os esforços para identificar e solucionar problemas cotidianos colaborativamente, o que requer diálogo no processo de identificar perspectivas de solução, tomar decisões e lidar com as situações correspondentes. As verbalizações a seguir ilustram esta categoria: “[...] sentar junto, no momento de reunião ou sempre que necessário, para a gente tentar conduzir da melhor forma mesmo, né.” (ENF B); “[...] eles trazem para mim os problemas que eles têm na rua, dos pacientes e a gente senta, eu vejo uma melhor forma de resolver, de ajudar, de pelo menos amenizar, né.” (ENF D).

4.3.1.3 Habilidades de manejo de conflitos. Os conteúdos que emergiram nesta categoria remetem às habilidades autorreferidas das enfermeiras quanto a resolução de conflitos interpessoais. Nessa perspectiva, elas disseram atuar como mediadoras em impasses surgidos entre profissionais, o que envolvia o uso de negociação e a administração de conflitos entre membros da equipe. Enquanto exemplos, as falas abaixo ilustram tal afirmação:

[...] eu falei: R, vamos sentar hoje, porque aconteceu aquilo ontem / [...] Então vamos sentar, vamos conversar para não acontecer esse clima. Eu falei: a gente aqui é uma equipe... / [...] Então, assim, o que eu puder de não fazer de conflito... quer dizer, olha só, eu desmanchei dois conflitos que era de “fofoquinha” que todo serviço tem... são chatos e vai minando a equipe... como esse convívio aqui é diário e cansativo, uma pessoa vai minando a outra e quando você “vê” “tá” toda a equipe envolvida. Então, é difícil. Mas, assim, “cê” tem que ir devagarzinho conversando, é... mostrando o lado bom das coisas, o bem; porque o ser humano é assim, “ R” trabalha em conjunto... é muito difícil, né? Até em casa, mesmo, você com sua família já tem um monte de problema. (ENF C)

Eu falei: a gente aqui é uma equipe... eu falei; então a gente precisa das meninas, as meninas precisam de você, você precisa da gente, então é um precisando do outro. Então a gente tem que entrar num acordo para não acontecer isso, porque aqui ninguém tá aqui para um ir embora, chateado... não, a gente é uma equipe. [...] Aí, ele [médico] já pegou e pediu desculpas, falou, falou: não, “cês” desculpa realmente eu estava chateado. (ENF B)

4.3.1.4 Habilidades de motivação do grupo. Nesta categoria, as respostas convergiram para mostrar os esforços das enfermeiras em atuarem como motivadoras e reforçadoras para outros membros da equipe, o que ocorria, por exemplo, quando incentivavam uma ação ou

faziam elogios, com vistas ao ganho de um “aliado” no alcance de objetivos desejados. Esta categoria pode ser observada na fala das seguintes participantes:

[...] tento mais motivar eles “não pessoal, vamos tentar melhorar isso, vamos fazer isso, aquilo” [...] eu vejo que eles tão desanimados, eu falo “vamos pessoal, vamos mostrar que a gente pode!” (ENF A)

[...] incentivo “pra” elas [ACS]. É uma habilidade que eu tenho que eu acabo, com jeitinho, incentivando “ela” [...] quando eu... todo mundo acaba fazendo o que eu quero. [...] motivar eles [membros da equipe], é o que mais eu faço aqui. [...] a motivação, aqui, funcionou bem! (ENF E)

E eu gosto de mostrar para elas [membros da equipe] que eu não gosto de fazer as coisas erradas; eu gosto de mostrar para elas, até mesmo, para estimular, sabe, para a gente sempre fazer o melhor que a gente pode. (ENF G)

4.3.1.5 Habilidades de assertividade. Esta categoria apresenta os dados obtidos no que concerne à capacidade das entrevistadas de apresentarem uma comunicação clara e assertiva. Isto envolve comunicar-se de modo a facilitar as interações com os membros da equipe, sentindo-se seguras e à vontade para ampliar contatos, iniciar conversação, expor opiniões e dúvidas sem medo de ser criticada, cobrar ações, chamar a atenção por algo, manifestar opiniões, expressar desagrado. Frases elucidativas dessa categoria são:

Hoje, qualquer lugar que eu for eu converso com qualquer um; eu puxo assunto, eu consigo, assim, ver qual que... que é que daria certo para conversar com essa pessoa. E, assim, é aqui no posto, eu converso com todo mundo. [...] a gente tem essas reuniões, que você vê a gente participando, antes eu não teria coragem de colocar minhas dúvidas ali, porque eu sempre fui meia tímida com relação a isso, sabe. E hoje não! Hoje eu pergunto mesmo, se eu tiver dúvida eu pergunto, se eu tiver que chamar a atenção, eu chamo, sabe. (ENF G)

[...] essa questão de comunicação [...] eu consegui aperfeiçoar no dia a dia, sabe... de comunicação. / Hoje, qualquer lugar que eu for eu converso com qualquer um; eu puxo assunto, eu consigo, assim, ver qual que... que é que daria certo para conversar com essa pessoa. E, assim, é aqui no posto, eu converso com todo mundo, eu tenho uma boa relação com todo mundo, sabe! (ENF G)

[...] tenho uma boa comunicação com eles [membros da equipe], eu percebo que o que eu falo, eles entendem. É, assim, por exemplo, o que eu falo, eu percebo que ele entende [Agente Comunitário] [...]; então, assim, eu acho que eu tenho boa comunicação. (ENF C)

4.3.1.6 Habilidades de expressão pessoal. De acordo com a fala das participantes, essa categoria pode ser descrita como a iniciativa de expor os próprios sentimentos e emoções na interação com o outro, reconhecer erros, bem como de fazer valer características pessoais em prol do trabalho, tais como organização, determinação e persistência. Os seguintes relatos ajudam a evidenciar esta categoria:

[...] tento ser humana. Eu aprendi assim, no dia a dia a ser humana, [...] mostrar que a gente tem sentimento, porque eles acham que a gente não tem, mas a gente tem sim. Se eles precisarem que eu chore junto com eles, eu choro. (ENF A)

Se tomei uma decisão, tracei uma meta baseada numa leitura que eu fiz e, de repente: oh, isso não tá funcionando! Eu não tenho problema nenhum em rever, rever mesmo, rodar o “PDCA” lá, rever as ações e, poxa, realmente isso aqui é desnecessário, realmente não vai me dar o parâmetro que eu gostaria. Não “tá” me dando o resultado que eu preciso? Sem problema algum! Assim como, também, se em algum momento é... eu cometi um erro, porque a gente comete também, me desculpar, também, não vejo nenhuma dificuldade não! Sem problema algum. (ENF H)

[...] eu acho que é organização. [...] Ah... a arrumação. Você percebeu a arrumação do “outubro rosa”? Fizemos num instalou da equipe toda montando, ali, para fazer o “outubro rosa”. (ENF E)

Mas, eu acho que eu sou muito determinada, mesmo! Quando eu quero, assim, eu dou um jeito, eu me viro, eu não meço esforço “pra” poder fazer aquilo, entendeu. [ENF F]

4.3.1.7 Habilidades de partilha de conhecimento. Esta categoria diz respeito ao uso pelas enfermeiras de seus conhecimentos e experiências para orientar ou esclarecer outros profissionais, gerando segurança no trabalho que realiza. Seguem relatos ilustrativos: “[...] na mesma hora que eu sentei, comecei a conversar, falei todo tratamento, expliquei toda situação... aí tá, ele relaxou mais um pouco.” (ENF A); “Conhecimento, né, [...] busco ‘tá’ melhorando para poder passar para eles.” (ENF D); “[...] tenho um bom conhecimento do ESF, porque eu ‘tô’ há muito tempo, anos, então eu tenho segurança no que eu falo, eles acreditam no que eu falo [...].” (ENF C); “[...] eu, por ser gerente, eu que passo a segurança à equipe toda. Uma vez que eu não tenho o conhecimento de tal assunto ou não saiba lidar com aquela, é... situação, acaba que eu deixo a equipe insegura” (ENF G).

4.3.2 Habilidades sociais ausentes ou insuficientes no repertório das enfermeiras: as limitações em foco

Este eixo temático se apoia nas narrativas apresentadas pelas entrevistadas que evidenciam suas maiores dificuldades no que tange às habilidades necessárias a atuação gerencial. Com base nos relatos obtidos, foram elaboradas seis categorias, a saber: *falta de clareza na comunicação, baixa assertividade, dificuldades de manejar conflitos e divergências, dificuldades para lidar com críticas e insuficiência de conhecimentos ou habilidades técnicas.*

4.3.2.1 *Falta de clareza na comunicação.* Esta categoria evidencia dificuldades das enfermeiras para se expressarem com maior clareza e eficiência. Entre as respostas foi verificada, por exemplo, aquela emitida pela ENF A:

É o meu “palavriado”, o jeito de eu falar... eu acho que eu tenho que melhorar, porque eu não consigo. Tem hora que eu me perco. Minha comunicação não é boa! [...] nas reuniões de equipe tem hora que eu falo, que eu vejo que ninguém entendeu. Tem hora que eu vejo, assim, que até eles “entender”... tem umas pessoas que custam. Por isso que eu falo: - nisso eu tenho que melhorar! Eu também acho, assim, tem gente que conversa comigo, fala bonito! Que convence! Eu não sei, eu vejo que eu não sei fazer isso.

4.3.2.2 *Baixa assertividade.* A categoria aqui apresentada revela as dificuldades das participantes para emitirem recusas, fazerem valer suas opiniões, darem comandos, mostrarem-se firme e seguras em suas ações. Tal dificuldade foi evidenciada na fala da seguinte enfermeira:

[...] eu tinha que [risos] falar mais o “não”, entendeu? Talvez, pelo meu pessoal eu não consigo muito. Saber falar mais “não”, porque às vezes eu não consigo. Não ‘tô lembrando de nenhuma, nenhuma situação, mas eu já percebi isso: que eu deveria aprender um pouco mais, porque nem tudo tem que se falar “sim”, mas eu tenho essa dificuldade, entendeu? De falar “não”! (ENF B)

Ainda nesta categoria, a ENF E complementou suas falas através de um exemplo em que demonstrou a dificuldade em contrariar a um pedido.

[...] um exemplo de uma funcionária, que ela me pediu “pra” poder ir... resolver o quê? Resolver não sei o que no hospital... aí, eu deixei. Aí, foi, voltou, quando chegou de tarde ela pediu para sair de novo! Aí eu fiquei... com aquilo... fiquei “matutando” porque já era uma coisa de serviço. Aí, deixei ela ir, de novo, mas fiquei “encucada” com aquilo porque não era para ter deixado! Como deixei de manhã e, ao invés de sair e resolver logo tudo... não! Aí fiquei, tipo, me sentindo como se fosse um abuso de eu ter liberado a primeira vez e ter liberado a segunda vez [...]. (ENF E)

A ENF F deixou claro sua baixa assertividade aliada à preocupação em colocar em risco o entrosamento e a amizade com a equipe, conforme demonstrado no relato abaixo:

[...] preciso ser mais firme. Ter pulso firme “pra” algumas coisas. Eu queria ser mais firme: vai ser assim e acabou! E, às vezes, eu não consigo por eu ser tão... “tá” tão, assim, entrosada com a equipe, amiga, e em alguns momentos eu acho que eu precisaria ser um pouco mais firme, até na hora de falar, entendeu. (ENF F)

4.3.2.3 *Dificuldade de manejar conflitos e divergências.* No que diz respeito a esta categoria, as respostas registradas nas entrevistas remeteram a dificuldades de algumas das enfermeiras em lidar com situações conflituosas envolvendo a equipe de trabalho, assim como de manejar a diversidade de opiniões. A ENF G expressou: “*Eu só acho assim, que é difícil ser gerente [...]. Porque, igual eu te falei, a gente tem muito problema com esta questão de relacionamento entre elas [membros da equipe], né?*”. Outro exemplo de resposta desta categoria se refere ao seguinte relato da ENF A: “*Eu acho que a dificuldade que eu vejo... cada um tem sua opinião; você tentar falar e tem um que pensa de um jeito, outro pensa de outro...eu acho isso difícil. Para você gerenciar, então, “sê” tem que tentar convencer todos ficar com a mesma opinião*”.

4.3.2.4 *Dificuldade para lidar com críticas.* Nesta categoria, observou-se a falta de habilidade das enfermeiras para responderem a críticas recebidas e, aliado a isso, a preocupação das mesmas com o julgamento de outras pessoas acerca de suas ações. O conteúdo desta categoria foi verificado nas respostas das ENF B e G.

Eles já jogam como você nunca fez nada! Aí, assim, às vezes, essas coisas, assim, que acontece, que até que acontece com uma frequência maior... isso eu acho difícil, eu ainda não aprendi a lidar com isso não, sabe. Essa eu ainda tenho uma dificuldade de saber, assim, o que fazer, sabe? O que você pode falar! (ENF G)

Mas aí, eu não consigo. Eu falo: “não, prefiro deixar”... mas eu tenho essa dificuldade. Assim, eu acho que eu vou ficar muito preocupada com o outro, porque, às vezes, eu tenho um pouco disso: ficar preocupada o que... que o outro acha. Às vezes eu fico preocupada com isso, né (ENF B)

4.3.3 Habilidades técnicas ausentes ou insuficientes no repertório das enfermeiras

4.3.3.1 *Insuficiência de conhecimentos ou habilidades técnicas.* Esta categoria mostra as deficiências autoavaliadas das participantes em termos de seus conhecimentos acerca de procedimentos operacionais que configuram a assistência em enfermagem, o que, na percepção de algumas delas, prejudicava o trabalho de gerenciamento de equipe. Nessa direção, as enfermeiras assinalaram: “[...] *lançaram esse E-SUS, agora, aí, novo, e eu, por exemplo, ‘tô’ perdida; não tive a oportunidade de estar eu com alguém, só para me... me ensinar para passar isso*” (ENF D); “*Eu acho que essa parte de... de planilhas, de papéis, de consolidado, de controle, não é comigo*” (ENF C).

A Tabela 2 apresenta a relação de habilidades que emergiram da autoavaliação das participantes em termos tanto de seus recursos como de seus déficits, indicando quantas e quais enfermeiras apresentaram cada uma delas.

Tabela 2 – Percepção de recursos e *déficits* de habilidades sociais

Habilidades sociais presentes no repertório das enfermeiras		
<i>Categorias</i>	<i>f</i>	<i>Enfermeiras</i>
1. Habilidades empáticas	4	A, B, F, H
2. Habilidades de resolução de problemas	3	B, D, F
3. Habilidades de maneja de conflitos	2	C, B
4. Habilidades de motivação do grupo	3	A, E, G
5. Habilidades de assertividade	3	C, G, H
6. Habilidades de expressão pessoal	3	A, E, F
7. Habilidades de partilha de conhecimento	4	A, C, D, G

Habilidades sociais ausentes ou insuficientes no repertório das enfermeiras		
<i>Categorias</i>	<i>f</i>	<i>Enfermeiras</i>
1. Falta de clareza na comunicação	1	A
2. Baixa assertividade	3	B, E, F
3. Dificuldade de manejar conflitos e divergências	4	A, E, G, H
4. Dificuldade para lidar com críticas	2	B, G

Habilidades técnicas ausentes ou insuficientes no repertório das enfermeiras		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>Enfermeiras</i>
1. Insuficiência de conhecimentos ou habilidades técnicas	3	C, D, G

4.4 Aquisição ou aperfeiçoamento de habilidades sociais/gerenciais (eixo 3)

4.4.1 Percepção do desenvolvimento das próprias habilidades

Neste eixo temático, as gestoras descreveram como suas habilidades foram construídas ao longo do tempo. Neste contexto, foram elencadas as categorias descritas a seguir, num total de três, relativas a experiências pessoais, profissionais e/ou capacitações específicas para o desenvolvimento das habilidades: *prática profissional*, *vida pessoal* e *experiência acadêmica*.

4.4.1.1 Prática profissional. Nesta categoria, sete das oito participantes disseram ter desenvolvido suas habilidades com base na própria experiência, de acordo com o cotidiano de trabalho. Entre as respostas que ilustram essa categoria, são destacados os seguintes relatos:

Foi na prática. Tudo que pudesse fazer da parte assistencial eu ficava tranquila, mas na hora de parte de gerenciamento... eu via que eu ficava... principalmente nessa

parte de reuniões. Ai vou decidir isso! Eu ficava assim: meu Deus! O que eu vou fazer? [...] e, também, assim, antes eu não tinha muitas reuniões, então, quanto mais tendo, a gente vai aprendendo [...]. (ENF A)

No dia a dia, com certeza. Capacitação foi muito pouca. Na faculdade a gente não vê, isso, muito, né; estuda isso muito pouco; e o dia a dia vai te ensinado a buscar caminhos, né; se você não buscar, você fica paralisado. (ENF D)

Ah, eu acho que mais é no dia a dia mesmo. Acho que o dia a dia é a melhor coisa, né? Que, aí, você vai no dia a dia, vai ocorrendo necessidades você vai aprendendo. [...] então você não é muito formado, pelo menos no meu tempo, “pra” ser gerente, era mais assistente. (ENF C)

[...] experiência do dia a dia a gente vai aprendendo a lidar com a situação e aí a gente vai melhorando, né. (ENF E)

Ah, “pra” te ser sincera, eu acho que vai de acordo com o que vai acontecendo, né... no cotidiano; porque aconteceu uma situação assim... se futuramente acontecer uma parecida, já vou ter uma experiência do que aconteceu, do que que foi positivo, do que que eu fiz certo, do que que eu fiz errado. (ENF G)

4.4.1.2 Vida pessoal. As respostas que indicaram esta categoria mostraram que as habilidades foram aprendidas ao longo da história pessoal da enfermeira, para além das experiências no contexto de trabalho. Nesta categoria, a ENF E assinalou que:

Eu acho que foi pela minha vida pessoal, mesmo. [...] mas aí eu acho que é pessoal, não é nada relacionada com o serviço; eu acabo trazendo, é lógico, essa sabedoria para o serviço, mas eu acho que foi... mas pelo lado pessoal, mesmo. (ENF E)

4.4.1.3 Experiências acadêmicas. As habilidades, conforme esta categoria, foram desenvolvidas a partir de experiências sistemáticas destinadas a esse objetivo ou ocorreu através de leituras realizadas por iniciativa própria; Nesta categoria foi relatado:

Ah, eu tive uma matéria, uma disciplina lá que tinha essa parte [habilidades de gerência]. A disciplina em si não falava muita coisa não, mas sabe o livro que me falou muita coisa legal e eu já li ele... vez em quando eu pego ele “pra” lê, quando eu vejo que o negócio “tá” ficando, “tá” ficando frouxa demais, “cê” vai perdendo o controle, aí eu pego ele: o Monge e o Executivo. Eu me espelhei nele, assim, eu tento tirar algumas coisas ali de, de... de liderança. [...] eu tenho ele, assim, eu penso nele o tempo todo, quando eu sinto que o negócio “tá” meio... eu tenho ele comigo. (ENF F)

[...] procuro ler artigos, ver o que tem de novidade em relação a isso e procuro me aperfeiçoar da melhor forma possível. (ENF H)

4.4.2 Percepção de como as habilidades sociais podem ser aperfeiçoadas

A partir do contexto apresentado, as gestoras elucidaram suas opiniões frente às principais possibilidades para o aperfeiçoamento das habilidades sociais, levando em

consideração, assim, neste eixo temático, aspectos relacionados aos aprendizados informal e formal. Neste sentido, apresentaram-se as três categorias: *cursos para capacitação, busca pessoal e ampliação das experiências no cotidiano*.

4.4.2.1 Cursos para capacitação. Nesta categoria, as enfermeiras defenderam que o aperfeiçoamento de habilidades gerenciais ou, especificamente, sociais requer a participação em cursos que visem melhor capacitação profissional. Portanto, na percepção delas, são necessárias ações diretas e intencionais com vistas a discutir e treinar habilidades dessa natureza. Para exemplificar essa categoria, destaca-se os seguintes relatos:

[...] com cursos, [...] eu já tenho duas pós, [...] mas agora eu quero uma de gerenciamento. (ENF A)

Capacitação, ela é boa, né? Eu acho que ela é muito boa. Capacitação a gente aprende muito, né. [ENF F]

Você ouvindo uma palestra, como a pessoa se posiciona [...]. Então, tem um lado das palestras (ENF E)

A ENF C chamou a atenção especialmente para a necessidade de investimentos em capacitações voltadas para o desenvolvimento de habilidades interpessoais.

[...] eu acho capacitação uma boa! Assim, de inter-relacionamento. Porque eu acho que a gerência tem “muita pouca” capacitação sobre isso. Essa qualificação de você inter-relacionar com outro, [...] como lidar com o paciente que “tá” aí, ou com funcionário aqui? [...] então, você não é muito formado, pelo menos no meu tempo, “pra” ser gerente, era mais assistente. (ENF C)

Nesse sentido, a importância de um treino assertivo foi defendida pela ENF B, apresentando ciência da dificuldade em questão e de sua influência negativa no desempenho social em seu cotidiano:

[...] eu acho que eu precisava de um treinamento. [...] você não foi treinado para aquilo: para coordenar, para ter as habilidades, para saber, às vezes, falar “não” e a gente acaba ficando “boazinha”... e só “sim” e “sim”, porque você não quer magoar, porque você começa a ficar anos e anos; então, às vezes, eu acho que tinha que ter um treinamento, sim, entendeu? (ENF B)

As enfermeiras, em uma análise pessoal, apresentaram ciência da importância deste treinamento para a melhoria do seu desempenho social:

[...] eu queria... fazer uns cursos, assim, para poder aprimorar mais conhecimentos, saber conversar melhor. [...] numa reunião com gestão “maiores”, né, com supervisões... não sei, eu gostaria de melhorar, assim, o nível, meu, de conhecimento. (ENF G)

[...] Eu acho que eu precisava de capacitação, entendeu? Que a gestão deveria fornecer isso “pra” gente, [...] então eu acho que a capacitação “pra” mim, “pra” equipe seria o ideal [...] em todas as funções. (ENF D)

4.4.2.2 Busca pessoal. Esta categoria remete ao processo de autoanálise das habilidades pessoais com vistas ao autoconhecimento e auto monitoramento que podem resultar, ou não, em um desempenho social satisfatório. Nesse sentido, as enfermeiras E e B relataram: *Eu acho que é uma autoanálise minha, mesmo, tem o lado pessoal, mesmo, que a gente busca... (ENF E); “eu acho, assim, que talvez isso seja meu mesmo; já é do meu pessoal, então às vezes, nem com... sei lá, treinamento, vai ter resultado” (ENF B).* Neste último caso, observa-se um questionamento sobre a eficiência de um treinamento para a aquisição das habilidades sociais, já que se tratava, no entendimento da participante, de características da própria personalidade.

4.4.2.3 Ampliação das experiências no cotidiano. Nesta categoria, as vivências do dia a dia foram apontadas como um recurso importante para o desenvolvimento de habilidades a partir do aprendizado com base em erros e acertos. Como falas ilustrativas de tal categoria são apresentadas as seguintes:

Então, eu acho que o bom gerente, ele vem com um tempo, porque ele vai aprendendo, ela vai ouvindo... então, com um tempo “cê” vai ficando melhor. (ENF C)

[...] experiência do dia a dia a gente vai aprendendo a lidar com a situação e aí a gente vai melhorando, né. (ENF E)

E o dia a dia que, também, que ensina, né. O dia a dia... ela é tudo, né. Acho que a prática, né, com o tempo você vai aprendendo muita coisa, não é? (ENF F)

4.4.3 Identificação de dificuldades para aquisição ou aperfeiçoamento das habilidades sociais

Neste eixo temático, as gestoras expuseram informações referentes aos obstáculos cotidianos que impedem ou dificultam os processos de aquisição e/ou desenvolvimento das habilidades sociais. Assim, a partir de seus relatos foram formuladas três categorias que perpassavam a ideia do eixo: *falta de tempo, sobrecarga de atividades e funções e falta de autonomia.*

4.4.3.1 Falta de tempo. Nesta categoria, foi referido que a falta de tempo ou a dificuldade para administrá-lo torna-se um problema no processo de aquisição ou aperfeiçoamento de habilidades. Frases elucidativas dessa categoria são:

[...] eu acho que é o tempo mesmo, para mim [...] Acho que falta isso [tempo]. “É” os horários, né, dependendo do...; igual, eu quero fazer uma pós, eu não posso escolher qualquer dia, qualquer horário. (ENF A)

[...] eu não consigo ter tempo “pra” fazer a parte de gerência, [...] não tem tempo não! Então, é muito ruim, neste ponto. (ENF F)

[...] eu queria conversar mais com eles [membros da equipe], ter mais tempo; por exemplo, toda manhã eu ir lá, conversar, passar, eles me passarem os casos. (ENF C)

4.4.3.2 Sobrecarga de atividades e funções. Em consonância com a categoria anterior, esta categoria destaca que a rotina de variadas e excessivas funções nos campos gerencial e assistencial limitam as oportunidades de colocar em prática ou de aperfeiçoar as habilidades, como revelam as verbalizações abaixo:

Então, o enfermeiro fica muito sobrecarregado nesta parte de gerência, eu acho que consome muito a gente... (ENF C).

[...] a gente ter que desenvolver mil e uma “função” ao mesmo tempo, às vezes você não consegue sentar, ficar ali pensando, programando, planejando o gerenciamento [...]. (ENF B)

Ah, eu vejo, hoje, que o excesso de trabalho, assim na parte assistência, você não consegue! Você não consegue fazer gerência, você não consegue enxergar os problemas direito e pensar em coisas, pensar em solução, em estratégias, porque você “tá” o tempo todo no consultório, ou cheio de serviço, que você não consegue nem ver. [...] na maioria das vezes, na dá “pra” gente fazer, porque a gente “tá” o tempo todo na parte de assistência fazendo uma vacina; ou fazendo uma visita; ou preventivo, ou pré natal. (ENF F)

Então, chega para você, fala assim: então, você vai para lá, para a Estratégia; você vai ser gerencial, assistencial... talvez na assistencial a gente até se...é... acha que desenvolve melhor, vamos dizer assim, mas na hora de você liderar é complicado, né; você tem que ter um olhar para tudo: funcionamento, na questão da população, do acolhimento, de ver, né, os problemas, e dividir, partilhar e saber falar “não” [...]. (ENF B)

4.4.3.3 Falta de autonomia. Esta categoria aponta as dificuldades das participantes em colocar em prática as habilidades gerenciais por não possuírem autonomia suficiente para a tomada de algumas decisões, conforme pode ser observado nas falas seguintes:

Ah, às vezes o fato de... de não ter condições de fazer por aqui, de ter que depender de outra pessoa. (ENF D)

[...] tem coisas que me pedem, por eu ser gerente, que não depende de mim [...] / Isso, eu acho, que dificulta demais o trabalho da gente! / Eu penso, que se a gente tivesse mais autonomia... (ENF G)

Eu acredito que, assim, é... o cenário em si pode te influenciar um pouco, é, quando você se depara com lideranças hierarquicamente superiores que não te permitem esse crescimento ou que não te permitem desenvolver as ações como você acredita e sempre vai, vai podar: não é assim, faça desse jeito! Tira a autonomia. Eu acredito que essa seja, assim, a maior dificuldade (ENF H).

A Tabela 3 sintetiza as categorias identificadas no conteúdo das falas das enfermeiras em relação ao modo de desenvolvimento de habilidades gerenciais/sociais e os obstáculos que se interpõem neste processo.

Tabela 3 – Percepção sobre o desenvolvimento de habilidades sociais/gerenciais.

Percepção de como desenvolveram as próprias habilidades		
<i>Categorias</i>	<i>f</i>	<i>Enfermeiras</i>
1. Prática profissional	7	A, B, C, D, E, G, H
2. Vida pessoal	1	E
3. Experiência acadêmica	1	F
Percepção de como as habilidades sociais podem ser aperfeiçoadas		
<i>Categorias</i>	<i>f</i>	<i>Enfermeiras</i>
1. Cursos para capacitação	6	A, B, C, D, F, H
2. Busca pessoal	3	B, E, H
3. Ampliação das experiências no cotidiano	4	C, E, G, F
Identificação de dificuldades para aquisição ou aperfeiçoamento das habilidades		
<i>Categorias</i>	<i>f</i>	<i>Enfermeiras</i>
1. Falta de tempo	3	A, C, F
2. Sobrecarga de atividades e funções	3	B, C, F
3. Falta de autonomia	3	D, G, H

4.5 Avaliação do desempenho social conforme o Inventário de Habilidades Sociais

Os resultados da aplicação do IHS e as interpretações decorrentes tiveram como foco a análise do repertório de habilidades sociais das enfermeiras participantes, tendo em vista habilidades presentes e *déficits*. Foram considerados o escore total e, isoladamente, os cinco Fatores (F1, F2, F3, F4 e F5) avaliados pelo instrumento, além de alguns itens constituintes dos fatores que se destacaram no repertório de habilidades.

4.5.1 Escore total

Mediante as respostas apresentadas pelas enfermeiras, no que tange à aplicação do IHS, a exibição dos resultados será realizada com a devida atenção ao objetivo de levantar recursos e *déficits* em habilidades sociais, bem como às indicações decorrentes para Treinamento em Habilidades Sociais (THS), sugestionadas pelo próprio instrumento de avaliação, em decorrência de comprometimentos indicados, na análise psicométrica, como significativos. No primeiro momento, é focalizada uma avaliação da média dos escores globais do teste para, *à posteriori*, se descrever as análises mais peculiares das informações relativas a cada participante.

A classificação do repertório de habilidades sociais das enfermeiras, no escore global e subescalas, foi obtida em relação aos resultados normativos do estudo original do IHS-Del-Prette, calculado em termos de percentis (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2001). É importante frisar, no processo de apuração e interpretação dos resultados, a relevância dada por Del Prette e Del Prette (2016) para a avaliação do escore total do teste, visto que este permite uma avaliação inicial em relação à existência de recursos e *déficits* em habilidades sociais no repertório do sujeito. Mas não se deve deixar de considerar as limitações da avaliação frente ao caráter situacional das habilidades sociais, fato este que acaba requerendo um cuidado com as generalizações dos resultados.

Nesta direção, a partir do cálculo do escore médio do percentil global, foi obtido o valor de 73,88 (DP +/- 25,3), número que permite, numa interpretação plausível, afirmar que, numa análise geral frente ao escore total de habilidades sociais, as enfermeiras apresentaram um “bom repertório de habilidades sociais”, ou seja, acima da mediana. Assim, de acordo com as normativas de avaliação do instrumento para amostra feminina, esse dado, portanto, reflete um repertório satisfatório de habilidades sociais gerais. Para melhor compreensão desse resultado, a Tabela 4 apresenta os escores totais de cada participante e a média da pontuação obtida.

Tabela 4 – Classificação e escore total médio do grupo de enfermeiras.

Part.	Escore Total		Interpretação
	<i>Rt</i>	<i>Pr</i>	
Enf. A	103	75	Bom Repertório de Habilidades Sociais
Enf. B	109	85	Repertório Bastante Elaborado de Habilidades Sociais
Enf. C	81	23	Repertório Abaixo da Média Inferior de Habilidades Sociais

Enf. D	92	50	Bom Repertório de Habilidades Sociais
Enf. E	120	96	Repertório Altamente Elaborado de Habilidades Sociais
Enf. F	112	88	Repertório Bastante Elaborado de Habilidades Sociais
Enf. G	104	78	Bom Repertório de Habilidades Sociais
Enf. H	121	96	Repertório Altamente Elaborado de Habilidades Sociais
Média		73,88	Bom Repertório de Habilidades Sociais
DP		25,3	

No que tange às interpretações mais específicas do escore total, vale destacar o resultado das Enf E e H, cujos valores apurados apontaram para um repertório “altamente elaborado” de habilidades sociais, com a pontuação, respectivas, de 120 e 121 e com um percentil de 96 em ambos os casos. Estas participantes evidenciaram repertórios significativos, isto é, “acima da média” em todos os fatores e na maioria dos itens do inventário, fato que traz um indicativo de recursos interpessoais altamente satisfatórios por parte das referidas gestoras.

De modo semelhante, embora com escores menores, as Enf B e F, a partir das respostas ao inventário, exibiram repertórios classificados como “bastante elaborados”. A Enf B exibiu uma pontuação de 109 e um percentil de 85, com resultados “acima da média” para a maior parte dos fatores ou itens. A Enf F, por sua vez, exibiu um escore total de 112 pontos e um percentil de 88, também com resultados “acima da média” para a maior parte dos fatores e itens. Neste sentido, ambas revelaram qualidades interpessoais bastante satisfórias.

Já as enfermeiras identificadas pelas letras A, D e G apresentaram um “bom repertório” de habilidades sociais, levando em consideração a apuração geral (escore total) do inventário. A Enf A apresentou um escore bruto total de 103 pontos e um consequente percentil de 75. A Enf D apresentou resultados dentro da média para a maior parte dos fatores e itens, com equilíbrio entre os recursos e *déficits*, interpretação essa derivada da pontuação 92 no resultado total e de um percentil de 50. Ainda referente ao escore total, a Enf G obteve uma pontuação 104 e percentil 78, com resultados “acima da média” para parte dos fatores e itens. Essas três enfermeiras, portanto, mostraram possuir recursos interpessoais satisfatórios.

Nesse sentido, as gestoras supramencionadas não obtiveram, de acordo com a interpretação do IHS, o indicativo para participação em um THS, haja vista não terem evidenciado *déficit* nessa avaliação do escore total. De acordo com as regras de interpretação, as indicações são sugestionadas a partir de resultados com percentil abaixo de 25 ($P < 25$),

como já exposto anteriormente, embora, a princípio, as pessoas em geral possam, em algum medida, se beneficiar da inclusão em treinamentos com essa finalidade.

Em contraste aos resultados das demais participantes, a Enf C apresentou um repertório de habilidades sociais com escore total “abaixo da média inferior”, cujo resultado bruto foi de 81 pontos e percentil de 23, sugerindo, neste único caso, a necessidade de THS para a supressão ou minimização dos *déficits*, especialmente nos fatores e itens mais críticos para o ajustamento profissional e pessoal.

Portanto, das 8 gestoras, apenas uma exibiu a necessidade de participação em THS, em conformidade com uma análise geral dos resultados do IHS. No entanto, no que diz respeito às indicações para um programa de THS, vale a consideração de que a inclusão em programas dessa natureza não tem como único objetivo a correção de *déficits*, mas também vislumbra intervenções preventivas e o aperfeiçoamento de habilidades já existentes no repertório do indivíduo. Assim, no presente trabalho, a evidenciação das indicações foi mantida, porém com a ciência da abrangência funcional dos programas de THS.

4.5.2 Resultados dos Fatores

As avaliações do escore fatorial, bem como de itens particulares, são valoradas tendo em vista as identificações de *déficits* e recursos em tipos específicos de habilidades, permitindo uma compreensão mais detalhada das habilidades sociais do grupo avaliado. Assim, para apresentação dos itens, num primeiro momento visando, apenas, a avaliação dos fatores, serão considerados os resultados apontados como “abaixo da média” e os de maiores pontuações que, por consequência, encontram-se “acima da média”. Os valores acima do percentil 50 indicam que o sujeito se encontra entre os 50% dos indivíduos com escores mais altos em habilidades sociais, e os abaixo de 50, situam-se entre os indivíduos com menores escores tendo por referência a amostragem geral.

Por conseguinte, no que tange aos resultados dos cinco fatores, para facilitar a compreensão dos mesmos na descrição dos dados apurados, será reiterada a nomeação e a apresentação de cada Fator na respectiva ordem de descrição e análise do IHS: *F1 – Enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2 – Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo; F3 – Conversação e desenvoltura social; F4 – Auto-exposição a desconhecidos e situações novas e F5 – Autocontrole da agressividade*. Cada um desses cinco escores fatoriais analisados, tendo como base o Manual organizado por Del Prette e Del Prette (2016), são descritos a seguir:

Escore Fatorial 1 (F1) – Enfrentamento e auto-afirmação com risco. Indica o repertório do sujeito em habilidades de enfrentamento ao risco, [...] *“a capacidade de lidar com situações interpessoais que demandam a afirmação e defesa de direitos e auto-estima, com risco potencial de reação indesejável por parte do interlocutor [...]”* (p. 27). Pode ser considerado um indicador de assertividade e controle da ansiedade em situações específicas.

Escore Fatorial 2 (F2) – Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo. Aborda as habilidades do indivíduo para lidar com demandas de expressão de afeto positivo e de afirmação de autoestima que não envolvem risco interpessoal ou tem apenas um risco mínimo de reação indesejável.

Escore Fatorial 3 (F3) – Conversação e desenvoltura social. Indica habilidades que retratam a capacidade de lidar com situações sociais consideradas “neutras” de aproximação, demandando, principalmente, um traquejo social na comunicação. Um escore alto neste fator supõe um conhecimento significativo de normas de relacionamento no cotidiano para o desempenho das habilidades sociais.

Escore Fatorial 4 (F4) – Auto-exposição a desconhecidos e situações novas. Refere-se, principalmente, a abordagens a pessoas desconhecidas, portanto com maiores riscos de reações indesejáveis. Incluiu, numa condição situacional, por exemplo, fazer apresentações ou palestras a um público desconhecido, além de pedir favores ou fazer perguntas.

Escore Fatorial 5 (F5) – Autocontrole da agressividade. Implica na capacidade de reação a estimulações aversivas do interlocutor, com certo controle da raiva e da agressividade. Este controle não significa deixar de sentir desagrado, mas realizá-lo de maneira socialmente competente num cenário cotidiano, onde se configurará um controle sobre os sentimentos negativos. Caracteriza-se, principalmente, por habilidades de lidar com críticas e com brincadeiras ofensivas.

Na sequência, a Tabela 5 é apresentada para a evidenciação dos resultados dos escores fatoriais das participantes, além do cálculo da média e desvio-padrão de cada fator. Tem-se como referência a exposição dos resultados da média grupal em relação aos itens que compõem cada fator. Posteriormente, serão apresentados alguns resultados individuais frente ao que foi considerado mais relevante para o estudo.

Tabela 5 – Percentil médio do grupo de participantes por fator

Part.	Escore Fatorial									
	F1		F2		F3		F4		F5	
	Rt	P (%)	Rt	P (%)	Rt	P (%)	Rt	P (%)	Rt	P (%)
Enf. A	9,02	58	11,34	96	5,13	12,5	3,9	62,5	1,14	52,5
Enf. B	8,96	58	11,7	98	7,77	82,5	4,93	87,5	1,47	72,5
Enf. C	7,58	38	7,61	18	5,47	17,5	4,37	72,5	1,16	57,5
Enf. D	10,35	73	10,97	88	5,34	17,5	2,13	22,5	0,82	42,5
Enf. E	11,89	83	11,7	98	10,25	100	5,52	98	1,53	77,5
Enf. F	10,42	73	10,74	83	8,78	96	4,05	67,5	0,57	37,5
Enf. G	15,1	96	10,44	73	4,83	12,5	2,27	22,5	1,21	62,5
Enf. H	11,47	78	11,94	96	9,94	100	4,93	87,5	1,21	62,5
Média (%)	69,63		81,25		54,81		65,06		58,13	
DP (%)	17,88		27,03		42,95		28,74		13,74	

1. Resultado Total – (Rt)**2. Percentil – (P)**

De acordo com os dados médios calculados a partir dos percentis de cada gerente para os cinco fatores, tornou-se possível evidenciar e classificar a média dos escores em percentil do grupo (ver Tabela 6).

Tabela 6 – Classificação do grupo a partir dos escores médios dos fatores.

Fatores	Percentil Médio	Classificação do Grupo
F1	69,63	Bom Repertório de Habilidades Sociais
F2	81,25	Repertório Bastante Elaborado de Habilidades Sociais
F3	54,81	Bom Repertório de Habilidades Sociais
F4	65,06	Bom Repertório de Habilidades Sociais
F5	58,13	Bom Repertório de Habilidades Sociais

No F2 (auto-afirmação na expressão de sentimento positivo), o grupo de gestoras obteve como percentil médio o valor de 81,25. Valor este, consideravelmente “acima da mediana” e que se mostrou como a melhor média em relação a todos os outros fatores. Assim, o grupo pôde ser classificado como possuidor de um “repertório bastante elaborado de habilidades sociais” no que se refere a auto-afirmação na expressão de sentimento positivo.

Apurou-se ainda que, no F1 (enfrentamento e auto-afirmação com risco), as enfermeiras obtiveram como média no escore do percentil o valor aproximado de 69,63, fato que direcionou para a constatação de que o grupo teve uma classificação “acima da mediana” neste fator para enfrentamento e auto-afirmação com risco, permitindo a qualificação de um “bom repertório de habilidades sociais” na média geral. Neste mesmo caminho, F4 (auto-exposição a desconhecidos e situações novas) e F5 (autocontrole da agressividade), com suas respectivas médias em percentil de 65,06 e 58,13, também foram indicativos de um “bom repertório de habilidades sociais” na média grupal.

Já em que tange ao F3 (conversação e desenvoltura social) o valor médio do percentil das enfermeiras apresentou sua mais baixa classificação, obtendo um percentil de 54,81. Resultados este, apresentado como sutilmente “acima da mediana”, o que trouxe para o grupo uma classificação de um “bom repertório de habilidades sociais”.

Os resultados destes fatores foram apresentados no que se refere à análise dos escores gerais, ou seja, do grupo, a partir dos fatores que estariam “acima” ou “abaixo” da média. Contudo, para maior clareza dos dados foram especificadas também as classificações dos fatores. Neste sentido, foram tidas como “acima da média” as classificações relativas a “repertório altamente elaborado”, “repertório bastante elaborado” e “bom repertório”. No que diz respeito aos fatores “abaixo da média”, foram evidenciados: “bom repertório de habilidades sociais abaixo da mediana” e “repertório abaixo da média inferior”.

Nessa perspectiva, a Tabela 7 possibilita apreciar a frequência de participantes que apresentaram repertórios “abaixo” e “acima da média” em relação a cada um dos fatores do IHS, o que serve para evidenciar os resultados considerados como satisfatórios e os possíveis *déficits* de habilidades sociais no repertório do grupo de enfermeiras.

A sugestão de indicação para treinamento teve como referência os repertórios que se apresentaram “abaixo da média”, não considerando, apenas, o percentil de referência para indicação do IHS.

Tabela 7 – Quantidade de participantes conforme classificação do repertório

Fatores	Repertório de Habilidades “acima da média”	Repertório de Habilidades “abaixo da média”	Sugestivo de Indicação para THS
	<i>FA</i>	<i>FA</i>	<i>FA</i>
F1 – Enfrentamento e auto-afirmação com risco	7	1	1
F2 – Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo	7	1	1
F3 – Conversação e desenvoltura social	4	4	4
F4 – Auto-exposição a desconhecidos e situações novas	6	2	2
F5 – Autocontrole da agressividade	7	1	1

Dos cinco fatores analisados, o F3, referente as habilidades sociais de conversação e desenvoltura social, foi o que apresentou maior criticidade, sendo que metade das enfermeiras exibiram resultados considerados “abaixo da média”, o que sugere a maior concentração de *déficits* neste conjunto de habilidades. Em relação aos demais, encontrou-se nos fatores F1, F2 e F5 os melhores resultados, classificados como “acima da média”, nos quais sete das oito participantes exibiram habilidades satisfatórias. Neste sentido, para fins descritivos, infere-se que o grupo de gerentes participantes da pesquisa obtiveram resultados satisfatórios no que tange à maioria das habilidades que compõe e caracterizam o “enfrentamento e auto-afirmação com risco”, a “auto-afirmação na expressão de sentimento positivo” e ao “autocontrole da agressividade”. O fator F4 – auto-exposição a desconhecidos e situações novas – mostrou resultado um pouco menos expressivo que os supracitados, com desempenho “acima da média” revelado por seis das entrevistadas.

Na interpretação dos fatores, considerando o repertório de habilidades sociais, as Enf B, E e H, apresentaram resultados identificados como “acima da mediana” em todos os fatores, não sendo, portanto, indicadas para THS. A Enf B teve um destaque maior no F2, auto-afirmação na expressão de sentimento positivo, por apresentar um repertório “altamente elaborado” com resultados “acima da média” para praticamente todos os itens. Nesse fator, exibiu, por conseguinte, um indicativo de recursos interpessoais altamente satisfatórios, com resultados encontrados a partir de um escore bruto de 11,70 pontos e percentil de 98.

Apresentou um percentil menor no F1 – Enfrentamento e auto-afirmação com risco – em comparação aos outros quatro fatores, no entanto a pontuação de 8,96 e o percentil de 58 demonstraram ainda assim um “bom repertório” de habilidades sociais nesse fator, com resultados dentro da média para a maior parte de seus itens ou equilíbrio entre recursos e *déficits*.

A Enf E evidenciou resultados significativos em relação ao seu repertório de habilidades sociais em todos os fatores. Essa gestora trouxe evidências de um repertório “altamente elaborado” de habilidades sociais nos fatores F2, F3 e F4 e “bastante elaborado” no F1, com resultados “acima da média” na maior parte dos itens, o que ratificou um indicativo de recursos interpessoais bastante satisfatórios. Houve destaque para um percentil de 100 alcançado no fator conversação e desenvoltura social (F3). No F5, exibiu o menor percentil, de 77,5, porém, também interpretado como um “bom repertório” de habilidades sociais, com resultados “acima da média” para parte dos itens e com o indicativo de recursos interpessoais satisfatórios.

Em relação à Enf H, esta também apresentou resultados “acima da média” em todos os fatores, com destaque para o percentil de 100 no F3, obtendo a classificação de um repertório “altamente elaborado”. No fator F2, exibiu um percentil de 96, o que lhe proporcionou, assim como no F1, a classificação de um repertório “altamente elaborado”, com o indicativo de recursos interpessoais bastante significativos. No F4, mantendo um percentil elevado, no valor de 87,5, a enfermeira exibiu a classificação para um repertório “bastante elaborado” de habilidades sociais. Já nos fatores F1 e F5, obteve os menores percentis respectivamente nos valores 78 e 62,5, porém, não menos significativos pois evidenciou um “bom repertório” de habilidades sociais na maioria dos itens.

Na avaliação da Enf A, por sua vez, observou-se resultados “acima da média” em quatro fatores (F1, F2, F4 e F5), sobretudo no F2 (auto-afirmação na expressão de sentimento positivo), em que a gerente mostrou, através da pontuação do escore bruto de 11,34 e um percentil de 96, um “repertório altamente elaborado” de habilidades sociais, com resultados significativos “acima da média” em praticamente todos os itens. Fato este indicativo de recursos interpessoais muito satisfatórios. Evidenciou, assim, um *déficit* e consequente indicação para THS somente para o F3, em que alcançou um escore bruto de 5,13 pontos e um percentil de 12,5, indicativos de um repertório “abaixo da média inferior”, especialmente nos itens críticos deste fator para o ajustamento aos contextos social e profissional.

A Enf F também apresentou um repertório de habilidades sociais “acima da média” na maioria dos fatores, com exceção do F5 – autocontrole da agressividade – em que exibiu maior *déficit* e indicação para THS. Nesse fator, ela apresentou um “repertório médio inferior”, com resultados “abaixo da média” em grande parte dos itens. Por conseguinte, o resultado do fator apontou para um indicativo de necessidade de THS, especialmente nos itens mais críticos para o ajustamento pessoal e profissional. Teve uma pontuação de 0,57 e percentil de 37,5. Numa análise geral, a Enf F apresentou um “repertório bastante elaborado” de habilidades sociais, com destaque no fator de conversação e desenvoltura social onde exibiu maior percentil.

No que diz respeito à Enf D e à Enf G, estas apresentaram um repertório “acima da média” em três fatores: F1, F2 e F5. Evidenciaram resultados na “média ou abaixo da média inferior” nas habilidades de conversação e desenvoltura social (F3) e nas de auto-exposição a desconhecidos e a situações novas (F4), ambas exibindo maior criticidade e indicação de THS nas habilidades do F3. No caso da Enf D, esta exibiu, nesses dois fatores, a necessidade de THS especialmente em itens mais críticos para o ajustamento pessoal e profissional. No F3 exibiu um “repertório abaixo da média inferior” de habilidades sociais com um escore de 5,34 e um percentil de 17,5.

Na sequência, apresentou no F4 a mesma interpretação, porém, com escore de 2,13 e percentil de 22,5. Por outro lado, alcançou destaque positivo no repertório de habilidades sociais para o F2, onde exibiu um “repertório bastante elaborado”, com resultados “acima da média” para a maior parte dos itens, ocasionando a interpretação de recursos interpessoais bastante satisfatórios. A Participante G obteve destaque no F1, exibindo um “repertório altamente elaborado” de habilidades, em especial para os itens que sugerem assertividade. Vale ainda a ressalva de que, neste fator, a gestora não apresentou nenhum item abaixo da média. Contudo, os resultados nos Fatores 3 e 4 indicaram necessidade de THS nos itens mais críticos.

Caso a parte foi o da Participante C, que evidenciou considerável *déficit*, entendido como um repertório na “média ou abaixo da média inferior” em três fatores: F1, F2 e F3, exibindo maior indicação para estes dois últimos fatores, nos quais apresentou, respectivamente, resultados totais de 7,61 e 5,47 pontos e percentis de 18 e 17,5. Resultados esses indicativos de necessidade de THS, priorizando os itens mais críticos desses fatores. Em contrapartida, evidenciou um “bom repertório” de habilidades nos Fatores 4 e 5.

Por conseguinte, apresenta-se a Tabela 8, que evidencia a exposição dos fatores situados “abaixo da média” e os fatores “acima da média”, bem como os indicativos para a participação em programas de THS de gerentes que tiveram seus percentis iguais ou abaixo de 25. Na Tabela 8, encontram-se os resultados de cada participante da pesquisa.

Tabela 8 – Posição dos fatores por enfermeira em relação à média geral da amostra.

Part.	Resultados Fatoriais		Indicativos
	<i>>50 (Média Inferior)</i>	<i>50 > (Média Superior)</i>	<i>THS</i>
Enf. A	F3	F1 / F2 / F4 / F5	F3
Enf. B	Nenhum fator	F1 / F2 / F3 / F4 / F5	Sem indicação
Enf. C	F1 / F2 / F3	F4 / F5	F1 / F2 / F3
Enf. D	F3 / F4	F1 / F2 / F5	F3 / F4
Enf. E	Nenhum fator	F1 / F2 / F3 / F4 / F5	Sem indicação
Enf. F	F5	F1 / F2 / F3 / F4	F5
Enf. G	F3 / F4	F1 / F2 / F5	F3 / F4
Enf. H	Nenhum fator	F1 / F2 / F3 / F4 / F5	Sem indicação

Para fins de apreciação e melhor entendimento dos itens que contribuíram para os resultados apurados por fatores, serão explorados alguns deles, avaliados como significativos para o referido trabalho, no subitem a seguir.

4.5.3 Escore de Itens

Para a análise dos dados referentes aos itens que compõem cada um dos cinco fatores apresentados, foram realizadas equiparações em relação aos itens que se encontravam “abaixo da média” e os que se situavam “acima da média”. Conforme mostra a Tabela 9, a apresentação destes resultados será realizada tendo em vista a proposta da pesquisa no que tange à ênfase nas habilidades de maior relevância para o trabalho das enfermeiras na gerência das equipes.

Nesse sentido, na evidenciação dos itens que constituem as habilidades de enfrentamento a auto-afirmação com risco (F1), observou-se que a maioria das enfermeiras exibiu resultados “acima da média” em itens como: devolver mercadoria defeituosa (item 21); discordar do grupo (item 16); fazer perguntas a conhecidos (item 29); falar a público conhecido (item 14); lidar com críticas injustas (item 15); apresentar-se a outra pessoa (item 7). Em contrapartida, o único item em que a maioria do grupo apresentou resultado bruto “abaixo da média” foi na habilidade de cobrar dívida de amigo (item 5).

Os itens do F2, também tiveram a maioria de seus resultados considerados “acima da média”. Dentre as habilidades características do fator tiveram destaque agradecer elogios (item 3); expressar sentimento positivo (item 5); defender outrem em grupo (item 30) e elogiar outrem (item 6). Logo, também se infere que a maioria do grupo evidenciou um repertório satisfatório de habilidades sociais referentes à classe de expressão de sentimento positivo que, segundo Del Prette e Del Prette (2016, 2017), tem em seu portfólio as habilidades de fazer e manter amizade, expressar solidariedade, identificar necessidades do outro, cooperar, expressar apoio, oferecer ajuda, entre outras. Neste fator, a única habilidade em que a maioria das enfermeiras obteve um resultado “abaixo da média” foi no item 8, participar de conversação, que tem grande importância em um comportamento gerencial.

Já o F3 – Conversação e desenvoltura social - apresentou resultados opostos a todos os outros fatores. Assim, diferentemente, a maioria do grupo de enfermeiras evidenciou resultados “abaixo da média” em grande parte dos itens, tais como: encerrar conversação (item 17); reagir a elogio (item 13) e abordar autoridade (item 19). Como resultados “acima da média” exibiram habilidades de pedir favores a colegas (item 37); manter conversação (item 36) e recusar pedidos abusivos (item 22). Por conseguinte, as habilidades de conversação e desenvoltura social foram as que apresentaram os maiores *déficits* no grupo, em comparação aos itens dos demais fatores. Tal fato sugeriu um indicativo para a superação dos *déficits* neste fator de considerável relevância para o desempenho satisfatório na liderança de uma equipe de saúde da família.

Nos fatores de Auto-exposição a desconhecidos e situações novas (F4) e Autocontrole da agressividade grande parte das enfermeiras apresentaram resultados “acima da média” em todos os itens. Nesse sentido, destacaram-se no F4: fazer pergunta a desconhecido (item 23); pedir favores a desconhecidos (item 23); falar a público desconhecido (item 9) e falar a público conhecido (item 14). No F5, houve destaque para lidar com chacotas (item 38) e cumprimentar desconhecidos (item 31). Não obstante, concluiu-se que o grupo, em sua

maioria, exibiu um repertório satisfatório de habilidades destes fatores nos desempenhos cotidianos.

Em outros itens não categorizados como pertencentes aos cinco fatores, observou-se ainda alguns *déficits* no repertório da maior parte das enfermeiras em habilidades importantes na atuação gerencial, tais como: pedir mudança de conduta (item 02); expressar desagrado a amigos (item 27); recusar pedido abusivo (item 34) e interromper a fala do outro (item 34). Em relação aos itens “acima da média”, encontramos, por exemplo: lidar com críticas justas (item 25) e pedir ajuda a amigos (item 32).

Para fins de apreciação, a Tabela 9, em consonância com os resultados acima relatados, possibilita visualizar a classificação dos itens em relação à amostra geral, considerando as habilidades avaliadas como “acima” e como “abaixo da média”.

Tabela 9 – Posição dos itens dos fatores em relação à média geral da amostra.

F(s)	Itens	Resultado Bruto (FA)	
		“abaixo da média”	“acima da média”
F1	21. Devolver mercadoria defeituosa	1	6
	16. Discordar do grupo	2	5
	15. Lidar com críticas injustas	2	5
	29. Fazer perguntas a conhecidos	0	7
	20. Declarar sentimento amoroso	2	5
	11. Discordar de autoridade	3	4
	14. Falar a público conhecido	2	5
	05. Cobrar dívida de amigo	5	2
	01. Manter conversa com desconhecidos	3	4
	12. Abordar para relação sexual	1	6
F2	07. Apresentar-se a outra pessoa	2	5
	03. Agradecer elogios	1	6
	28. Elogiar familiares	1	6
	08. Participar de conversação	4	3
	35. Expressar sentimento positivo	2	5
	30. Defender outrem em grupo	1	7
	06. Elogiar outrem	0	7
F3	10. Expressar sentimento positivo	0	7
	17. Encerrar conversação	5	2
	37. Pedir favores a colegas	2	5
	36. Manter conversação	2	5
	13. Reagir a elogio	4	3
	22. Recusar pedidos abusivos	3	4
	24. Encerrar conversa ao telefone	4	3
	19. Abordar autoridade	4	3

F4	23. Fazer pergunta a desconhecido	2	5
	26. Pedir favores a desconhecidos	3	4
	09. Falar a público desconhecido	3	4
	14. Falar a público conhecido	2	5
	18. Lidar com críticas dos pais	0	7
F5	38. Lidar com chacotas	2	5
	31. Cumprimentar desconhecidos	1	6
	33. Negociar uso de preservativo	3	4
	02. Pedir mudança de conduta	4	3
	25. Lidar com críticas justas	2	5
Sem Fator	27. Expressar desagrado a amigos	4	3
	32. Pedir ajuda a amigos	3	4
	34. Recusar pedido abusivo	4	3
	04. Interromper a fala do outro	5	2

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

Tendo em vista a lógica de apresentação dos resultados, a discussão dos dados abordará, primeiramente, as habilidades gerenciais que, na percepção das enfermeiras, eram as mais relevantes para um gestor na ESF. Mais adiante, são explicitadas as habilidades sociais presentes ou insuficientes no repertório das gestoras, considerando uma análise paralela entre dados psicométricos e qualitativos. Ao final, são discutidos conteúdos referentes aos processos de aquisição e aperfeiçoamento das habilidades em estudo.

- Habilidades gerenciais na percepção das enfermeiras (eixo 1).

As entrevistadas, em sua maioria, apontaram como essenciais ao trabalho na atenção primária o gestor apresentar atributos como a organização e a paciência. Este destaque se deu principalmente com relação à importância da organização do trabalho, o que mostrou comunhão com a literatura na área, em que a organização é referida como uma habilidade sine qua non em processos de gerenciamento de equipes por enfermeiros, conforme defendido, por exemplo, por Murani e Bezerra (2004), as quais afirmam que o aperfeiçoamento do enfermeiro exige o desenvolvimento de habilidades específicas como o planejamento e a organização do trabalho, além da liderança com segurança.

Outras habilidades bastante citadas pelas enfermeiras foram referentes a comportamentos colaborativos junto à equipe de trabalho, enquanto estratégia para fomentar a qualidade das relações interpessoais, em busca do entrosamento do grupo. Neste sentido, uma liderança participativa que prima pela horizontalidade das relações e co-responsabilização dos processos de trabalho, bem como a disseminação de ideias e experiências a partir da partilha de conhecimentos foram evidenciadas como habilidades de significativa importância para o repertório de competências gerenciais.

Nesta ótica, companheirismo e interesse em conhecer as necessidades e anseios da equipe trazem, a partir de uma perspectiva interpretativa, a preocupação das gestoras em cultivar relações de aproximação e respeitabilidade junto aos membros de suas equipes de

trabalho nas interações cotidianas. Esta capacidade do profissional em lidar com as pessoas de forma adequada de acordo com a situação social, nomeada por Rocha e Murani (2013) como competência interpessoal, foi destacada em pesquisa realizada junto a coordenadores de ESF no município de Goiânia-GO, com 124 enfermeiros.

Na sequência, as gerentes apontaram, ainda, como habilidades necessárias para a liderança, o comportamento de mobilização e motivação da equipe de trabalho mediante ações que promovam reforçamento positivo diante de desempenhos considerados como satisfatórios e favoráveis ao alcance de objetivos almejados. A relevância desta categoria de habilidades evidenciada pelas enfermeiras vai ao encontro de proposições de Mendes (2014), quando este defende que, nos modelos contemporâneos do trabalho, busca-se profissionais que atuem de forma motivadora em suas relações interpessoais com o foco nos resultados.

Neste sentido, Carmelo et al. (2016), assim como Cañon-Montañez e Rodriguez-Acelas (2011) e Murani e Bezerra (2004), destacam que as ações de enfermeiros gerentes de unidades de saúde não devem se pautar, apenas, no conhecimento técnico aprendido na formação, mas merecem se voltar também para os aspectos relacionais e situacionais que caracterizam o contexto do trabalho, como: saber ouvir, motivar, controlar a impulsividade, a paciência e persistência.

A categoria intitulada de comunicação qualificada fundamenta a discussão sobre habilidades que, na verdade, já são constitutivas de classes de habilidades sociais necessárias para a composição de uma comunicação capaz de gerar um desempenho social satisfatório. Na avaliação das gestoras, a escuta empática, ou seja, o saber ouvir, aliada ao cuidado no falar com os interlocutores são qualidades fundamentais para o rol de habilidades gerenciais. Da mesma forma, Carmelo et al. (2016) destacam as habilidades comunicativas como importantes na prática do enfermeiro gestor para se buscar a motivação e sensibilização da equipe com vias ao alcance de metas no contexto laboral. Em fomento às percepções das entrevistadas, Fradique e Mendes (2013), em estudo sobre os efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, ressaltam os resultados da pesquisa no que tange à valorização da comunicação enquanto habilidade necessária para a efetivação do processo de liderança.

-Autopercepção do repertório de habilidades sociais (eixo 2).

Adentrando mais especificamente no campo das habilidades sociais, o eixo em questão permitiu conhecer e discutir habilidades que constam ou mostram-se limitadas no repertório das enfermeiras, conforme percepções delas próprias.

Neste contexto de análise, considerando, para fins de reiteração, a avaliação dos resultados gerais do grupo de gerentes de ESF, apresentaram-se como destaques, no conjunto de recursos disponíveis, relatos de habilidades indicativas de empatia. A maior parte das enfermeiras demonstrou, inclusive com exemplificações, possuir comportamentos que sugeriram a composição de um rol de recursos constituintes desta classe de habilidades sociais. Assim, os resultados permitiram inferências em relação ao acolhimento, à escuta empática, ao esforço de se colocar no lugar do outro. Habilidades estas características de um padrão de comportamento desejável na atuação cotidiana dos profissionais de saúde. Definida por Del Prette e Del Prette (2017) como um comportamento social de ouvir e compreender o indivíduo, a empatia pode ser entendida como uma classe de habilidades sociais cujos objetivos situam-se no apoio, na demonstração de compreensão, na disposição para ajudar e de se colocar no lugar do outro, principalmente quando este se encontra em situações difíceis.

Falcone (1999) também discute sobre a valoração da empatia nas relações profissionais e pessoais, de modo a contribuir para a redução de conflitos nas relações de trabalho e possibilitar maior qualidade nos relacionamentos interpessoais. Esta habilidade também é destacada por Terezam, Reis-Queiroz e Hoha (2016), em pesquisa realizada sobre a importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem, ao afirmarem ser esta uma das habilidades mais relevantes para a base da comunicação efetiva. Apontam a escuta receptiva e atenta e o se colocar no lugar do outro como comportamentos peculiares desta habilidade. Nesta mesma lógica, Takaki e Sant'Ana (2004) estudaram a essencialidade da empatia no cuidado prestado por equipes de enfermagem de UBS. As autoras reconhecem a importância de habilidades técnicas e de conhecimentos científicos no rol de competências de um enfermeiro, contudo deixam claro que este repertório não será suficiente caso o profissional não desenvolva habilidades sociais como a empatia, o relacionamento interpessoal e a assertividade.

Nesse sentido, Murani e Bezerra (2004) apontam a ausência da empatia como um dos desafios encontrados pelo enfermeiro atuante na gestão. Esse desafio do exercício do comportamento empático pode ainda ser mais impactante no cenário da atenção primária, onde os princípios essenciais exigem dos profissionais atuantes atitudes acolhedoras em meio à prática da gestão do cuidado, em relação tanto à equipe como a usuários do sistema, em

comunhão ao que preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH). Por conseguinte, pode-se afirmar que os resultados permitem supor congruência entre os relatos obtidos e as diretrizes que regem a PNH, enquanto uma política que se configura na qualidade do acolhimento e da atenção, valorizando os diferentes sujeitos que compõem a esfera assistencial e gerencial, como trabalhadores, usuários e gerentes (BRASIL, 2008).

No entanto, seria importante melhor conhecer como a compreensão empática era percebida e claramente exercida pelas gestoras enquanto facilitadora de suas relações intersubjetivas no trabalho, já que costuma haver confusões no entendimento do termo, por vezes tratado como simpatia, e sua prática apresenta muitas nuances vivenciais, que pressupõe, em uma perspectiva fenomenológica, *“um movimento de compreensão da experiência do outro, um testemunho sensível daquilo que ele vive”* (RANIERE & BARREIRA, 2012, p. 1), o que pode requerer certa preparação ou tomada de consciência, mas é essencialmente um ato natural.

Em relação à assertividade, pôde-se observar indícios de habilidades constitutivas desta classe no repertório de metade das enfermeiras. De acordo com Del Prette e Del Prette (2017), a assertividade refere-se a comportamentos sociais esperados em situações em que haja desrespeito ou ameaça de perda dos direitos, bem como necessidade de enfrentamento em situações de desequilíbrio na vivência interpessoal.

Além da descrição desta habilidade nas verbalizações das enfermeiras, pôde-se, ao mesmo tempo, confirmar condutas assertivas das mesmas a partir da análise dos resultados psicométricos do IHS, considerando a classificação média de “bom repertório de habilidades sociais” nos dois fatores com um maior número de habilidades constituintes da classe de assertividade: o enfrentamento e auto-afirmação com risco (F1), definido por Del Prette e Del Prette (2016, p. 27) como *“a capacidade de lidar com situações interpessoais que demandam a afirmação e defesa de direitos e auto-estima, com risco potencial de reação indesejável por parte do interlocutor”* e o autocontrole da agressividade (F5), que, da mesma forma, possui indicadores de assertividade.

No entanto, houve evidências de baixa assertividade no repertório de três entrevistadas, cujas falas mostraram suas dificuldades em apresentar um comportamento assertivo no dia a dia de trabalho. Grilo (2012) destaca deficiências encontradas na aplicabilidade de uma comunicação assertiva por profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. Neste cenário, ratifica a essencialidade da assertividade no

repertório de habilidades de enfermeiros, afirmando ser uma das habilidades mais relevantes para este profissional haja vista a importância desta classe no gerenciamento de pessoas.

A despeito de sua importância nas relações interpessoais, Grilo (2012) destaca a pouca ou nula atenção dada a aquisição ou aperfeiçoamentos da assertividade durante a graduação. Em consequência, a autora aponta para a importância de treinamentos de assertividade na área, o que se estima seria útil para as participantes da presente pesquisa, em especial na liderança de equipes, no que se refere tanto a aquisição de respostas assertivas no contexto de trabalho, como para o aperfeiçoamento e fortalecimento destas habilidades no repertório das enfermeiras que já evidenciaram apresentá-las em alguma medida.

Em especial, observou-se a dificuldade em emitir recusas, o que pode ser negativo no âmbito do exercício da gerência, quando limites devem ser fixados, ainda que com alguma flexibilidade, em termos, por exemplo, da atenção a normas e protocolos, com vista ao alcance de um bom funcionamento dos serviços. Supõe-se que, na tentativa de se mostrarem mais próximas e atentas às necessidades dos profissionais da equipe, algumas gestoras tinham dificuldades para proferirem o “não”, interpretando isso como um comportamento ofensivo, tendendo portanto, para o outro extremo, da passividade, o que dá margem à frustração e insegurança. Ademais, por ser a assertividade nem sempre estimulada na cultura brasileira, infere-se a necessidade de esclarecer as características de um comportamento assertivo, em contraponto a passividade e a agressividade, e de buscar trabalhar emoções subjacentes (por exemplo, ansiedade, medo, culpa) além da topografia da resposta esperada.

É importante destacar os benefícios de um padrão assertivo de resposta no trabalho, enquanto um modo de agir coerente com as convicções do sujeito, sem ofender a outros, que se destaca pela segurança em suas atitudes e decisões em prol de uma forma colaborativa e respeitosa de atuação. A baixa assertividade pode, inclusive, comprometer o desenvolvimento da equipe, na medida em que a dificuldade do gestor em dar um *feedback* apropriado com receio de ser julgado pode levar os trabalhadores a compreenderem as próprias respostas inadequadas ou abusivas como corretas ou toleráveis, sem atentar para o que precisa ser melhorado. Por outro lado, um gestor assertivo pode fornecer modelos deste tipo de comportamento aos demais membros da equipe, favorecendo uma comunicação mais efetiva e exitosa.

Outras categorias foram destacadas nas percepções das enfermeiras enquanto constitutivas de seus repertórios como gestoras em saúde, nomeadas como habilidades de

resolução de problemas, de partilha de conhecimento, de expressão pessoal, de motivação do grupo.

Nesse sentido, compreende-se a relevância da competência comunicacional na gerência do enfermeiro, de modo que este possa alcançar relações profissionais mais significativas e efetivas (PERES & CIAMPONE, 2006), construindo modos interativos e inovadores de exercer a função de gerenciar, com alicerce no desenvolvimento de habilidades não somente técnicas, mas também de natureza intra e interpessoal (SANTOS et al., 2013). Conforme enfatiza Mendes (2014), o mundo do trabalho contemporâneo valoriza profissionais não somente altamente capacitados tecnicamente, mas também socialmente competentes, capazes de atuar de forma assertiva, resolutiva e motivadora.

Na apuração dos IHS, as habilidades componentes do expressão de sentimentos positivo (Fator 2) apresentou uma classificação de repertório “bastante elaborado de habilidades sociais” no escore dos cinco fatores. Esta classe é caracterizada por Del Prette e Del Prette (2017) como habilidades do indivíduo para lidar com demandas de expressão de afeto positivo e de afirmação de autoestima. Neste sentido, pôde-se concluir que, apesar de sua pouca expressão nos resultados das entrevistas, a maioria das participantes exibiram resultados interpretados como “acima da média” no fator de expressão de sentimentos positivos.

As respostas concernentes à classe de resolução de problemas foram destacadas nas afirmações das enfermeiras ao expressarem como agiam junto às equipes para minimizar dificuldades observadas nos processos de trabalho, principalmente junto aos usuários. Enfatizaram, nessa perspectiva, o poder de uma boa conversa como estratégia para se buscar, em conjunto, a resolução de impasses e situações difíceis, conforme encontradas no dia a dia. Saber diagnosticar e manejar problemas de modo dialógico, ao invés de ignorá-los ou assumir isoladamente a responsabilidade, facilita o enfrentamento dos inúmeros desafios postos na prática profissional, sobretudo se considerarmos a complexidade das situações que se apresentam no campo da saúde pública. Idealmente, a solução de problemas não deve ocorrer por decisões individuais, mas sim de forma cooperativa e persistente, tendo o gestor importante atribuição no sentido de avaliar com clareza cada situação, identificar ameaças e oportunidades, bem como de auxiliar na tomada de decisões e na implementação de ações corretivas eficazes.

Para fins de esclarecimentos, vale a ressalva quanto à opção em analisar separadamente as categorias de resolução de problemas e de manejo de conflitos. Isto, porque

na concepção de Del Prette e Del Prette (2017) estas habilidades se enquadram em uma única classe no portfólio de habilidades sociais por eles proposto. No entanto, no presente trabalho, foi realizada uma análise separada destas habilidades, sendo divididas em duas categorias, para maior destaque de suas características, ainda que seja preciso destacar a interdependência e sobreposição entre estas e outras classes de habilidades sociais.

A habilidade de manejo de conflitos, apesar de ter estado presente nas falas de duas enfermeiras enquanto recursos presentes em seus repertórios, não apresentou o mesmo destaque que as habilidades acima mencionadas, sendo mais citada enquanto uma deficiência a ser superada. De fato, no relato das gestoras, o manejo de conflitos e divergências se revelou a habilidade de maior evidência em relação aos déficits percebidos. Este resultado mostrou conformidade com os achados de uma pesquisa realizada por Nunes et al. (2016), no qual estes apontam, a partir de um estudo realizado com gestores da atenção primária, evidências de fragilidades destes profissionais na mediação de relações conflituosas do dia a dia. Dificuldades de mediação por parte de enfermeiros gestores se estende a outros estudos, como é o caso do apresentado por Silva, Diniz e Rosa (2012), que, de antemão, argumentam sobre a importância de se desenvolver habilidades de mediação de conflitos na função gerencial na atenção primária, afirmando que para se realizar uma administração funcional da organização com êxito, torna-se condição imprescindível o manuseio de conflitos que surgem no cotidiano de trabalho. Por fim, concluem que o tema tornou-se um desafio para enfermeiros em cargos de gerência na atenção primária tendo em vista suas dificuldades frente a aquisição ou aprimoramento de habilidades tidas como fundamentais na gestão de pessoas.

A partir de um revisão de literatura destinada a compreender o que estaria sendo pesquisado sobre conflitos gerenciais vividos por enfermeiros, Lampert, Kinalski, Machado e Lima (2013) evidenciaram dificuldades destes profissionais na intercessão de conflitos, com o enfermeiro exibindo deficiência na lida com conflitos organizacionais na esfera das relações interpessoais. Os autores defendem a relevância do aperfeiçoamento da habilidade de mediação de conflitos pelo enfermeiro, indo além de um perfil assistencial, para o que julgam ser indispensável o conhecimento sobre gestão de pessoas. Por fim, apontam que as pesquisas analisadas revelaram que os enfermeiros gerentes ainda não se sentiam preparados para gerenciar pessoas e as individualidades constituintes dos membros da equipe, sobretudo em situações de conflitos.

Para Marta, Lacerda, Carvalho, Stipp e Leite (2010), a gestão de conflitos tornou-se um requisito fundamental e um dos pilares gerenciais no campo de habilidades de um

enfermeiro gestor, em coerência ao crescimento contemporâneo da valorização das pessoas enquanto diferenciais na construção de estratégias e no alcance de resultados do trabalho. Para os autores, o enfermeiro assume a função de líder, de gestor de pessoas na medida em que, direta ou indiretamente, interage com a equipe de trabalho. Assim, considerando tal relevância no cenário gerencial, fica sugestionada a indicação de incluir habilidades de manejo de conflitos em THS relativos ao gerenciamento na atenção básica.

Em relação à dificuldade em lidar com críticas, os escores alcançados no Fator 1 do IHS, correspondente ao enfrentamento e autoafirmação com risco, mostrou como resultado uma classificação “acima da média” por parte do grupo de gestoras, sendo observados altos escores nas habilidades de lidar com críticas injustas (item 15) e lidar com críticas justas (item 25). Entretanto, as enfermeiras B e G afirmaram apresentar considerável dificuldade nesta habilidade. Esta divergência de resultados em relação a estas duas gestoras pode ter como hipótese o fato do IHS ter como objetivo primário avaliar o repertório de habilidades sociais do indivíduo de uma forma geral, não discriminando o contexto social de avaliação como, por exemplo, uma situação social de trabalho. Já a entrevista semiestruturada teve seu roteiro direcionado para o contexto onde ocorriam as situações sociais de trabalho de interesse da pesquisa.

Da mesma forma, insuficiências nas habilidades de comunicação não apareceram de maneira significativa nos relatos das enfermeiras entrevistadas, no entanto, considerando a análise do escore fatorial do F3 do IHS, constituído por habilidades de conversação e desenvoltura social, as gestoras evidenciaram um percentil médio do grupo classificado como um “bom repertório de habilidades sociais”, no entanto, foi o fator onde metade das enfermeiras apresentaram habilidades “abaixo da média”. Por conseguinte, levando em consideração a importância da habilidade de comunicação para a função gerencial e o caráter não somente corretor, como também, preventivo e potencializador dos THS, infere-se como relevante a sugestão de capacitações que visem a aquisição e/ou o aperfeiçoamento das habilidades desta classe.

Relevância também relatada por Carmelo et al. (2016), ao apontarem a comunicação com essencial no rol de habilidades de um gestor de saúde, de maneira que possa sensibilizar a equipe, fomentar a motivação e o aumento da produtividade da mesma. Em consonância, em um estudo realizado em Portugal a respeito da influência da liderança na qualidade das ações de enfermeiros, Fradique e Mendes (2013) retratam a habilidade de comunicação, a partir dos resultados obtidos, como predominante no rol de habilidades do gestor.

Assim, infere-se que, talvez, as diferenças peculiares entre o instrumento psicométrico utilizado e o instrumento qualitativo possam ter favorecido a incoerência entre os resultados encontrados, especificamente neste caso. Fato que não invalida os resultados apurados frente a dimensão do trabalho de pesquisa, mas suscita reflexões acerca da possibilidade futura de se desenvolver instrumentos psicométricos específicos para avaliar o repertório de habilidades sociais característica do ambiente de trabalho e/ou da função gerencial. Tal ocorrência traz, novamente, a discussão sobre a importância de se considerar a variabilidade do desempenho social de acordo com as contingências circundantes à situação social, conforme enfatizado por Del Prette e Del Prette (2017).

Em termos técnicos, verificou-se insuficiência de conhecimentos ou habilidades técnicas no repertório de três das enfermeiras, conforme elas próprias, o que mostrou outras dificuldades das participantes em relação ao fazer gerencial. Silva, Diniz e Rosa (2012) apontam, a partir de pesquisa realizada, o fato de que muitos enfermeiros são inseridos no contexto de gestão precocemente, sem que estes tenham tido quaisquer experiência ou qualificação técnica específica para o cargo de gestor. Tal percepção pode ser levada em consideração no que tange ao presente estudo, visto que das oito gestoras participantes, nenhuma recebeu quaisquer treinamento prévio para a função gerencial na atenção primária, além de que apenas uma delas havia tido experiência prévia de gestão numa eESF. Neste sentido, pode-se inferir que possivelmente a inexperiência e a falta de uma qualificação específica em competências gerenciais podem ter influenciado na percepção de insuficiência das participantes também neste tipo de habilidades.

- Aquisição ou aperfeiçoamento de habilidades sociais/gerenciais (eixo 3).

No tocante ao desenvolvimento de habilidades sociais e gerenciais, seis das oito participantes afirmaram terem adquirido e/ou aperfeiçoado suas habilidades através da prática profissional, o que reforça a visão do ambiente gerencial na área da saúde como repleto de demandas e desafios interpessoais, mobilizando os profissionais na busca por formas de manejo das situações vivenciadas, partindo, por conseguinte, de suas experiências pessoais e da aprendizagem vicária, mediante a observação de possíveis modelos disponíveis nos contextos de atuação. Todavia, por outro lado, evidenciam também a carência de experiências planejadas e sistemáticas de aprendizagem, a ausência de suporte técnico e, conseqüentemente, a exposição dos profissionais a tentativas nem sempre bem sucedidas, com acúmulo de erros que podem resultar em frustrações.

A prática profissional pode ser apontada como elementar no processo de aprendizagem de habilidades sociais, conforme já apresentado no Capítulo II desta dissertação, pertinentemente explicada por Del Prette e Del Prette (2017, p. 35) ao se referirem a seleção ontogenética com respeito às habilidades sociais aprendidas ao longo da vida. Segundo tais autores, “*essa aprendizagem ocorre, em grande parte, por meio de condições ‘naturais’ dispostas na família, escola, ambientes de trabalho e lazer etc*”. Nesta perspectiva, entende-se que as habilidades sociais são aprendidas no decorrer da vida por meio de processos formais ou informais de interação, independente do ambiente situacional de aprendizagem. Nesse sentido, a PNEPS destaca os ambientes informais de aprendizagem como favorecedores do desenvolvimento permanente de habilidades, fomentando a crítica e o aperfeiçoamento de competências gerenciais e interpessoais. Ou seja, o desenvolvimento destas habilidades não pode ser tomado exclusiva ou prioritariamente de uma perspectiva teórica e distanciada da prática laboral, mas sim deve problematizar e discutir as situações da vida cotidiana, levando em conta os contextos reais de interação.

No entanto, tal como apontado pelas próprias entrevistadas, são salutares também as experiências acadêmicas e de capacitação profissional como fontes de aprendizagens significativas sobre as habilidades gerenciais e sociais, no intuito de uma melhor compreensão, reflexão e crítica das próprias experiências e alternativas de ação.

Em suas ponderações acerca de como as habilidades sociais podem ser aperfeiçoadas, os relatos das enfermeiras destacaram duas categorias, que se mostraram complementares: a da oferta de cursos para capacitação e a da ampliação das experiências no cotidiano. Em relação às oportunidades de capacitações, pesquisadores como Falcone (1999), Murta (2007), Coelho e Murta (2007), Silvia e Murta (2009), Carneiro e Falcone (2016) exploram a relevância dos Programas de THS em variados públicos, evidenciando, além do crescimento de metodologias variadas, resultados de intervenções onde o desenvolvimento de habilidades se mostrou significativo. Numa vivência mais específica, Mendes (2014) relata a experiência e os resultados encontrados a partir do THS com um grupo de profissionais de enfermagem. Assim, evidenciou indicadores do aperfeiçoamento de variadas habilidades sociais como: empatia, comunicação eficaz, resolução de problemas, entre outras, após a intervenção. Neste sentido, mediante as verbalizações das enfermeiras, compreendeu-se como clara a demanda das mesmas pela oferta de Programas de THS para gerentes de eSF no município de referência da pesquisa.

A segunda categoria destacada, também traz, à luz da literatura, a importância de considerar as experiências cotidianas no processo de aperfeiçoamento de habilidades. De acordo com Del Prette e Del Prette (2016), a aprendizagem de habilidades se dá mais frequentemente a partir das experiências cotidianas, principalmente nas interações interpessoais.

Menos expressiva, a busca pessoal pelo aperfeiçoamento de habilidades também apareceu nos resultados, porém com pouca ênfase em relação às demais categorias, o que parece revelar o anseio e necessidade das participantes por orientação e apoio institucionais e acadêmicos em seus processos de aprendizagem profissional, não julgando suficientes esforços pessoais isolados nesta direção.

No que se refere à identificação de fatores que atuavam como obstáculos para aquisição ou aperfeiçoamento das habilidades sociais, verificou-se um equilíbrio entre três categorias nas falas das enfermeiras, que se mostraram interdependentes: a falta de tempo, a sobrecarga de atividades e funções e a falta de autonomia. Assim, infere-se que as enfermeiras não possuíam autonomia para definirem suas prioridades de atuação e para tomarem decisões quanto aos recursos necessários ao aperfeiçoamento profissional, estando sob pressão para o desenvolvimento de muitas e diversas atividades, que implicavam em uma sobrecarga de funções e acúmulo de diferentes demandas e tarefas, resultando em escassez de tempo para buscar ou pleitear oportunidades de novas aprendizagens. Então, mesmo havendo reconhecimento da necessidade de capacitações e de motivação para tal, elas destacaram fatores externos, de natureza institucional, como limitadores do próprio crescimento e desempenho na função gerencial.

Sobre a sobrecarga de atividades e funções, Carmelo et al. (2016) expõe, no caso de profissionais enfermeiros, a peculiaridade de uma gerência do cuidado, compreendida como um ponto de interseção entre a prática gerencial de equipes de trabalho e a prática assistencial de indivíduos. Este tipo de gerência, que envolve a necessidade de habilidades gerenciais e assistenciais na rotina laboral, também é apontada por Peres e Ciampone (2006) quando abordam, no âmbito das novas Diretrizes Curriculares do enfermeiro, as divisões do trabalho deste profissional, destacando o cuidar técnico e o gerenciamento como ações regulares num cargo onde o enfermeiro encontra-se na gestão de equipe. Entretanto, no discurso das gestoras transpareceu a dificuldade para conciliar com igual qualidade estas múltiplas funções, o que pode estar atrelado ao predomínio de atribuições de cunho assistencial, para as quais se sentem melhor preparadas, aliada a pouca capacitação e apoio para o exercício das atividades

gerenciais. Torna-se notório, portanto, evidências do exercício de múltiplas, distintas e concorrentes atividades pelas entrevistadas, enquanto gerentes e, paralelamente, como enfermeiras ofertantes de serviços assistenciais da profissão. Considerando as diferentes demandas e preparações necessárias para atuar no campo assistencial e no campo da gestão, pressupõe-se sobrecarga de atividades e consequentes dificuldades para o alcance de objetivos e metas relacionados ao trabalho de orientação e acompanhamento direto das equipes de saúde, com possível impacto sobre as exigências de competência interpessoal das gerentes. Isto porque a comunicação adequada e efetiva com as equipes de saúde costumam requerer preparação e espaços de tempo suficientes para escuta e orientação (individual ou em grupo), os quais, quando reduzidos e entrecortados por outras e urgentes incumbências, podem ser prejudicados.

Por fim, frente aos dados encontrados, vale a consideração sobre a importância não somente da constituição de um repertório gerencial de habilidades técnicas, como também de habilidades necessárias para o desenvolvimento de atitudes que caracterizam o comportamento influente de uma genuína liderança, na qual os profissionais liderados encontrem identificação com o gestor, tendo-o como uma referência profissional. Acredita-se que, desse modo, serão facilitadas as relações interpessoais do enfermeiro gestor com seus interlocutores.

Em síntese, para um desempenho gerencial satisfatório, torna-se *sine qua non* o aperfeiçoamento de habilidades sociais como assertividade, empatia, mediação de conflitos, comunicação eficaz, resolução de problemas dentre outras destacadas no referido trabalho, seja através do apoio em experiências cotidianas, seja por meio de capacitações e treinamentos específicos. Por conseguinte, compreende-se que a completude de habilidades técnicas e habilidades sociais tem considerável importância na construção da figura de um enfermeiro líder responsável pelo crescimento funcional e humano de sua equipe de Saúde da Família.

Ademais, o compartilhar de experiências na área pode atuar como multiplicador das habilidades aprendidas em capacitações e no cotidiano de trabalho. Os processos de identificação, reforçamento e aprimoramento de habilidades necessárias para um bom desempenho social nas relações profissionais podem facilitar a promoção e fortalecimento destas habilidades em outros profissionais da equipe, fato este que trás potencial de melhorias nas relações dos membros da equipe e, consequentemente, dos serviços em saúde, como afirmado por Carmelo et al. (2016):

O gestor de enfermagem deve se colocar como líder inspirador de sua equipe para alcançar as metas estabelecidas no compromisso com a melhoria da assistência, uma vez que a competência de liderança abrange o desenvolvimento organizacional dos recursos humanos e a excelência no atendimento aos clientes. (p. 82).

Assim, os benefícios de um programa de THS são vislumbrados independentemente dos profissionais apresentarem ou não um déficit significativo de habilidades desta natureza, na medida em que favorecem, de um modo geral, uma melhor preparação de gerentes para o enfrentamento de desafios da atenção primária em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findada a pesquisa, é momento de avaliar o alcance dos objetivos propostos e apresentar as principais conclusões do estudo. Primeiramente, cabe destacar que o autorrelato das gestoras participantes, estimulado mediante os dois instrumentos utilizados para a coleta de dados, mostrou-se útil para acessar e analisar quanti e qualitativamente suas percepções e experiências no que concerne ao trabalho gerencial, em sua dimensão interpessoal. Assim, os resultados permitiram evidenciar o autoconhecimento das enfermeiras quanto às limitações e aprendizagens que configuram o repertório de suas habilidades sociais no campo da gestão em saúde, em perspectiva tanto grupal como individual.

Explorando, inicialmente, os dados obtidos através das entrevistas, conforme a proposta prioritária do estudo, ficou claro a existência tanto de recursos como de deficiências de habilidades sociais importantes no campo gerencial quando consideradas as novas abordagens de gestão em saúde, que se opõem a modelos tecnicista, pautados no modelo biomédico, e colocam em evidência o trabalho em equipe na produção do cuidado em saúde. Preza-se, portanto, não somente o conhecimento teórico e o domínio técnico, mas também a qualidade das interações e comunicações mantidas na rotina de trabalho, tanto nos contatos direto com os usuários como nas relações estabelecidas no âmbito das equipes, sendo estes aspectos definidores dos processos de humanização tão almejados no cenário atual da saúde pública.

As participantes evidenciaram compartilhar desta percepção da gestão como um lugar que requer habilidades variadas, incluindo aquelas ligadas ao trato diário com outros profissionais, rompendo com padrões autoritários e impositivos. Negociar, manejar conflitos, apoiar a solução de problemas, motivar e estimular os pares são vistos como partes essenciais do trabalho gerencial, o que, para tal, deve ser acompanhada de valores, atitudes e competência social. Em relação à esta competência, considerando uma análise geral dos relatos, as enfermeiras demonstraram ter ciência frente à importância da aplicação das habilidades sociais e gerenciais técnicas na prática profissional enquanto gestoras de equipe de saúde, apontando, inclusive os principais obstáculos para a aplicabilidade de seus recursos.

Consideraram ainda, a importância da qualidade e abertura ao diálogo, da capacidade de escuta empática, da expressão de sentimentos, da flexibilidade para se ajustar a necessidades e demandas em um contexto de grandes e constantes mudanças. Tudo isso implica em desafios que requerem autoconhecimento e novas aprendizagens, sobretudo se for considerado que muitas habilidades sociais são desenvolvidas de modo precário e escasso mesmo em ambientes familiares e de menor exigência social.

Assim, o alcance de um perfil de gestor socialmente competente pode requerer, como mostra os resultados desta pesquisa, treinamentos e modelos específicos, ainda mais se forem consideradas as peculiaridades do atendimento pretendido para os cuidados primários, com ações acolhedoras, integrais, planejadas e desenvolvidas em esforços conjuntos entre profissionais.

Neste sentido, em relação às habilidades mais produtoras para um gestor de eSF, as gestoras destacaram como relevantes atitudes para o trabalho, além de habilidades voltadas para a motivação de profissionais, comunicação qualificada, colaboração no ambiente de trabalho e demonstração de proximidade e interesse pela equipe. Por conseguinte, infere-se que o grupo mostrou-se consciente do valor de habilidades essenciais para um gerenciamento eficaz, acolhedor, humanizado e resolutivo conforme prima a PNAB.

Frente às habilidades pertencentes aos repertórios de habilidades sociais, a maioria das enfermeiras afirmou possuírem habilidades características das classes de empatia e, em menor frequência, de assertividade. Esta última, inclusive, também apontada nos resultados do IHS, no qual as gestoras evidenciaram um “bom repertório de habilidades sociais” nos fatores constituídos por habilidades assertivas (F1 e F5), assim como na classe de expressão de sentimentos positivos, quando o grupo obteve sua maior classificação, exibindo um repertório “bastante elaborado de habilidades sociais”. Não obstante, outras habilidades presentes no repertório foram a de resolução de problemas e a de partilha de conhecimentos, esta última pouco abordada na literatura.

As habilidades de assertividade, empatia e resolução de problemas tiveram suas relevâncias ratificadas na literatura científica e nos documentos governamentais como fundamentais no comportamento de um gestor em saúde, o que permitiu concluir que a maioria das participantes dispunha de habilidades sociais significativas para a função gerencial, em seus repertórios. No entanto, pelo fato de o estudo ter centrado a análise de dados com base unicamente no autorrelato, cabe questionar o modo como estas habilidades eram desempenhadas na prática laboral, já que todas elas apresentam nuances que necessitam

ser consideradas para alcance de melhores resultados. Por exemplo, afirmar a habilidade de empatia, não permite compreender se sua execução ocorria conforme o entendimento conceitual da mesma, com suas características primordiais. Assim, seria interessante, em estudos futuros, incluir também medidas observacionais na coleta de dados, com potencial para mostrar a articulação entre o saber e o fazer no gerenciamento em enfermagem. Poderiam, inclusive, possibilitar um melhor planejamento de treino na área, com atenção especial a detalhes importantes do processo interativo.

Já no que se refere aos principais *déficits*, as gestoras relataram limitações quanto a assertividade e ao manejo de conflitos e divergências. A baixa assertividade foi uma realidade para uma parte das enfermeiras, sobretudo o dizer “não”, enquanto outras indicaram possuir comportamento assertivo. Como a assertividade inclui um amplo leque de ações, indo desde defender uma opinião até expressar uma recusa, e varia de acordo com o interlocutor, pode ser que as participantes tenham centrado em aspectos diferentes na autoavaliação acerca desta habilidade.

A dificuldade para manejo de conflitos, por sua vez, vai ao encontro de resultados de pesquisas discutidas neste trabalho, quando autores apontam para as dificuldades encontradas por enfermeiros gestores na lida com os membros de suas equipes diante de conflitos interpessoais. Outra classe evidenciada com indicadores significativos para THS foi a de comunicação e desenvoltura social (F3). Esta última foi observada com mais exatidão nos resultados do IHS, quando, apesar de apresentarem um “bom repertório” nestas habilidades, as enfermeiras obtiveram a menor pontuação, o que demonstrou que metade delas exibiu a necessidade de aprimoramento de habilidades constituintes desta classe.

A aquisição e/ou o aperfeiçoamento das habilidades sociais e gerenciais, expressas no eixo 3 da análise de conteúdo, retrataram a importância de métodos e experiências sociais para a aprendizagem de habilidades, também referenciadas nos trabalhos científicos abordados no presente estudo. Assim, as gestoras afirmaram, em geral, que suas habilidades foram desenvolvidas sobretudo a partir da própria prática profissional, o que nos traz uma prévia, mas segura, inferência de que este grupo não foi capacitado para o exercício da função gerencial, o que também corroborou com as informações de produções literárias abordadas até então.

Por conseguinte, e mediante as ausências, insuficiências ou necessidades de aperfeiçoamentos, a maioria também deixou claro a relevância e consequente demanda por capacitações, ao compreenderem este método como a estratégia mais eficaz para o

desenvolvimento das habilidades, sejam elas gerenciais ou, mais especificamente, sociais. Entende-se que o exercício cotidiano constitui um aliado importante para aprimorar habilidades sociais, já que é diante de desafios concretos, modelos existentes e da repetição e avaliação de ações que o repertório vai sendo formado, ampliado e fortalecido. No entanto, experiências planejadas e sistemáticas podem colaborar para uma aprendizagem mais rápida e eficiente, especialmente quando se trata do alcance de um perfil específico, neste caso do gestor em saúde.

No que se refere às principais dificuldades para o aperfeiçoamento das habilidades, os resultados apresentaram três fatores principais: *a sobrecarga de atividades e funções; a falta de tempo, esta podendo ser entendida como uma consequência da primeira devido a real escassez de tempo ou pela dificuldade de administrá-lo; e a falta de autonomia.* Em relação à sobrecarga de atividades chamou a atenção contestações no que tange à impossibilidade de se desenvolver um serviço gerencial com eficácia e qualidade tendo de ofertar grande quantidade de atividades assistenciais paralelamente às atividades gerenciais.

Contudo, vale a sugestão, mediante estes resultados, para a realização de novos estudos que venham se debruçar sobre os efeitos da dupla funcionalidade do enfermeiro gestor na ESF. Outro apontamento relevante no estudo foi à falta de autonomia das enfermeiras. Tal dificuldade apresentou como fator determinante o contexto político do serviço público, onde, por vezes, pode haver supremacia de decisões políticas sobre ações e decisões que deveriam ser tomadas tecnicamente pelo enfermeiro gestor.

No mais, em síntese, os resultados demonstraram que o grupo de enfermeiras apresentou um bom repertório de habilidades sociais e gerenciais, comuns ao sugestionado para a específica função gerencial na atenção primária. No entanto, deficiências importantes e que podem intervir negativamente no exercício da gerência na Saúde da Família também foram apuradas no repertório das participantes. Por conseguinte, considerando ainda a demanda das gestoras pelo aperfeiçoamento das habilidades através de capacitações, pôde-se concluir que os resultados evidenciados trouxeram direcionamentos relevantes para o planejamento de programas de THS, assim como gerenciais, em seguimento aos princípios da educação permanente em saúde, com vistas à qualificação de enfermeiros gestores para uma vivência resolutiva diante dos variados desafios que peculiarizam a APS.

Por fim, vale a atenção às limitações da referente pesquisa no que tange ao número de participantes e ao fato destes terem sido recrutados em um mesmo município, o que dificulta generalizações. Por outro lado, as poucas produções científicas encontradas na literatura em

relação a estudos sobre as habilidades sociais de enfermeiros gestores de eSF, principalmente com a utilização do IHS neste campo, reforçam a importância dos dados gerados, mesmo que a pesquisa seja descritiva e possa ser considerada exploratória. Estudos futuros podem tanto aprofundar as investigações dos aspectos elencados ao longo deste trabalho como podem realizar avaliações do resultado de intervenções na área, de preferência com delineamento experimental ou quase-experimental, de modo a apresentar dados baseados em evidências sobre a eficácia do THS também com gestores em saúde na atenção primária.

Neste sentido, sugerimos mais estudos de exploração das habilidades sociais e gerenciais de enfermeiros gestores na atenção primária para que se agregue mais valor a esta área da saúde, proporcionando resultados científicos capazes de contribuir para a criação cada vez mais ampla e eficaz de estratégias que possam realmente intervir qualitativamente neste campo de atuação tão complexo e incipiente no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMESTOY, Simone Coelho; CESTARI, Maria Elisabeth; THOFEHRN, Maria Buss; MILBRATH, Viviane Marten. Características que interferem na construção do enfermeiro líder. *Acta Paul Enferm*, 22(5): 673-8, 2009.

ANASTASI, Anne. Natureza e uso dos testes psicológicos / Anne Anastasi e Susana Urbina. *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724: informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação**. Rio de Janeiro, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520: informação e documentação – citações em documentos – apresentação**. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: Informação e documentação – referências – elaboração**. Rio de Janeiro, 2005.

BANDEIRA, Marina; COSTA, N. M; DEL PRETTE Z. A. P. & DEL PRETTE, A.; CARNEIRO-GERK, E. Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia*, v. 5, n. 2, pp. 401-419, 2000.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo : Edições 70, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436/GM de 21 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).** Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf> / Acesso em 13/11/2017.>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/HumanizaSUS-Documento-base-para-gestores-e-trabalhadores-do-SUS> / Acesso em 04/10/2017.>

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais.** São Paulo: Santos Livraria e Editora, 2003.

CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento.** 2ª ed. São Paulo: Santos Livraria e Editora, 2002.

CARBONE, Pedro Paulo et al. A Gestão por competência. In **Gestão por competências e gestão do conhecimento** / Pedro Paulo Carbone, Hugo Pena Brandão, João Batista Diniz Leite e Rosa Maria de Paula Vilhena. 2ª edição. Rio de Janeiro: editora FGV, 2006

CARMELO, Silvia Helena Henriques; ROCHA, F. L. Rossi; CHAVES, L. D. P; SILVA, VL. S; SOARES, M. I. Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerentes de enfermagem. **Ciencia y Enfermeria**, XXII (1): 75-86, 2016.

CARNEIRO, Rachel S e FALCONE, Eliane. Avaliação de um programa de promoção de habilidades sociais para idosos. **Análise Psicológica**, 3 (XXXIV), pp. 279-291, 2016.

CAÑON-MONTAÑEZ, Wilson & RODRIGUEZ-ACELAS, Alba Luz. Asertividad: una habilidad social necesaria em los profesionales de enfermería y fisioterapia. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 20 (Esp), pp. 81-87, 2011.

COELHO, Marilia Velasco e MURTA, Sheila Giardini. Treinamento de pais em grupo: um relato de experiência. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 24(3), pp. 333-341, jul/set, 2007.
DEL PRETTE, A. & DEL PRETTE, Z. A. P. **Habilidades sociais: conceitos e campo teórico-prático**, pp. 1-5, 2006. Disponível em <http://www.rihs.ufscar.br>.

DEL PRETTE, A. & DEL PRETTE, Z. A. P. Programas eficazes de treinamento em habilidades sociais basados em métodos vivenciais. **Apuntes de Psicología**, vol. 31, número 3, pp. 67-76, 2013.

DEL PRETTE, A. & DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

DEL PRETTE, A. & DEL PRETTE, Z. A. P. **Inventário de habilidades sociais : manual de aplicação, apuração e interpretação**. 6 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

DEL PRETTE, A. & DEL PRETTE, Z. A. P. **Competência Social e Habilidades Sociais: manual teórico-prático**. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2017.

DEL PRETTE, Z. A. P., DEL PRETTE, A., & BARRETO, M. C. M. Análise de um Inventário de Habilidades Sociais (HIS) em uma amostra de universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 14, n. 3, pp. 219-228, 1998.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades. **Revista Perspectivas**, v. 01, nº 02, pp. 104-115, 2010.

DEL PRETTE, A. & DEL PRETTE, Z. A. P. No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, pp. 413-420, 2003.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. Habilidades sociais: Uma área em desenvolvimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, 1996, pp. 233-255.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE A. Treinamento em habilidades sociais: panorama geral da área. In: HAASE, Vitor Gerladi (org. *et al*). **Psicologia do desenvolvimento: contribuições interdisciplinares**. 1ª ed. – Belo Horizonte: Editora Health, 2000, pp. 249-264.

DICIONÁRIO escolar da língua portuguesa / Academia Brasileira de Letras. 2. Ed. - São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008.

FALCONE, Eliane. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, vol 1, nº 1, 1999, pp. 23-32.

FIALHO, Francisco Antônio Pereira. **Gestão do conhecimento e aprendizagem: as estratégias competitivas da sociedade pós industrial.** / Marcelo Macedo, Neri dos Santos, Tibério da Costa Mitidieri. Florianópolis : Visual Books, 2006, pp. 69-113.

FRADIQUE, Maria de Jesus e MENDES, Luís. Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, III série, nº 10 – jul., pp. 45-53, 2013.

GRAZZIOTTON, J. B. DD. & SCORTEGAGNA, S. A. Relacionamento interpessoal, produtividade e habilidades sociais: um estudo correlacional. **Psico-USF**, v. 18, n. 3, pp. 491-500, 2013.

GRILO, Ana Monteiro. Relevância da Assertividade na Comunicação Profissional de Saúde-Paciente. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2012, 13(2), 183-197.

LAMPERT, Ariele do Nascimento; KINALSKI, Daniella Dal Forno; MACHADO, Bruna Parnov e LIMA, Suzinara Beatriz Soares. **REAS** [internet]. 2013; 2(3) : 96-105.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(3):913-922, 2016.

LOUREIRO, Cândida. Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, 6, pp. 7-14, 2011.

LOUREIRO, Cândida. Treino de Competências Sociais – Uma Estratégia em Saúde Mental: Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, 9, pp. 41-47 jun/2013.

MACÊDO, Ivanildo Izaias de. **Liderança como essência da gestão** / In Aspectos comportamentais da gestão de pessoas / Ivanildo Izaias de Macêdo, Denize Ferreira Rodrigues, Maria Elizabeth Pupe Johann e Neisa Maria Martins da Cunha. 8ª Ed – Rio de Janeiro, Editora FGV, 2006.

MARRAS, Jean Pierre. **Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico.** 3ª Ed. São Paulo: Futura, 2000, pp. 30-152.

MARTA, Cristiano Bertolossi; LACERDA, Alessandra Cabral de; CARVALHO, Ana Cristina; STIPP, Marlucci Andrade Conceição e LEITE, Josete Luzia. Gestão de conflitos:

competência gerencial do enfermeiro. **R. pesq.: cuid. Fundam.** online 2010. out/dez 2 (Ed. Supl.): 604-608.

MENDES, Dionésia Luciene. **Treino em habilidades sociais e intervenção cognitivo-comportamental em grupo de enfermagem** / In: Psicologia da saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral / organizado por Tânia Rudnicki e Marisa Marantes Sanchez... [et al.] – Novo Hamburgo : Sinopsys, 2014, pp. 365-380.

MIRANDA, J. M.; SOARES, A. B. Habilidades sociais e autoeficácia de médicos e enfermeiros: um estudo comparativo. **Revista de Ciências Humanas**, v.48, n. 1, pp. 138-153, 2014.

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998, (pp. 32-40).

MOURA, Maria Lucia Seidl de.; FERREIRA, Maria Cristina, PAINE, Patrícia Ann. **Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

MURANI, Denize Bouttelet e BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), 57(4): jul-ago, pp. 484-486, 2004.

MURANI, Denize Bouttelet; COSTA, Hérica Kelly da; CARDOSO, Adriane Helena A. C.; ALMEIDA, Carlos Cristiano O. de Faria. Características da competência interpessoal do enfermeiro: estudo com graduandos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm, Brasília** (DF), 56(5): pp. 484-487, 2003.

MURTA, Sheila Gardini. Aplicações do treinamento em habilidades sociais: Análise da produção nacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18 n. 2, pp. 283-291, 2005.

NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, B. G.; NICOLLETO, SC, S.; CORDONI JUNIOR, L. Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. **Interface**, 20(58): pp. 573-584, 2016.

PEREIRA, Camila de Sousa; DEL PRETTE, A. & DEL PRETTE, Z.A.P. Habilidades sociais de trabalhadores com e sem deficiência física. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 3, pp. 339-346, 2009.

PERES, Aida Maris e CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerenciais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 15(3), jul-set, pp. 492-499, 2006.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. Lorena-SP: Editora Stiliano, UNISAL, 1998, pp. 56-125.

RANIERI, L. P. & BARREIRA, C. R. A. A empatia como vivência. **Memorandum**, 23, 2012, 12-31. Disponível em:<<http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a23/ranieribarreira01>> Acesso em 15/07/2018.

ROCHA, Bárbara Souza e MURANI, Denize Bouttelett. Avaliação da competência interpessoal de enfermeiros coordenadores de equipe na saúde da família. **REAS** [internet]; 2(3): pp. 53-66, 2013.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 23ª edição. Petrópolis: Vozes, 1986, pp. 69-122.

SANTOS, José Luis Guedes dos; PESTANA, Aline Lima; GUERRERO, Patrícia; MEIRELLES, Betina Schlindwein Hörner; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 66(2), Brasília, 2013, mar-abr, pp. 257-263.

SILVIA, George Sobrinho; DINIZ, Bruno Gabriel e ROSA, Vânia das Graças. Administração de Conflitos: Análise de Percepções de Enfermeiros Gerentes. **R. Eferm. Cent. O. Min.** 2012 set/dez; 2(3) : 358-368.

SILVA, MP. S. e MURTA, S. G. Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: uma experiência no Programa de Atenção Integral à Família (PAIF). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, 2009, pp. 136-143.

SOARES, A. B; DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades sociais e adaptação à universidade: Convergências e divergências dos construtos. **Análise Psicológica**, 2, 2015, pp. 139-151.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
TEREZAM, Raquel; REIS-QUEIROZ, Jéssica e HOGA, Luiza Akiko Komura. A importância da empatia do cuidado em saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2017; 70(3) : 669-70.

VASCONCELOS, M. F. F; NICOLOTTI; C. A.; SILVA; J. F.; PEREIRA; S. M. L. R. Entre políticas (EPS – Educação Permanente em Saúde e PNH – Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, v. 20, n. 59: 2016, pp. 981-991.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Identificação:

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Profissão: _____

Gênero: _____

Cargo: _____

Tempo de atuação na atenção básica: _____

Tempo na gestão em equipes de ESF: _____

Unidade de ESF: _____

Questões:

1. Para uma melhor compreensão de seu trabalho, enquanto gestora de equipe, poderia relatar os objetivos e as principais funções de seu cotidiano?
2. Considerando a importância do gestor na liderança de equipes de trabalho, em sua avaliação, quais deveriam ser as principais habilidades de um líder?
3. Agora falando mais especificamente da função do gestor de equipes de ESF, quais habilidades avalia como fundamentais para gerência deste tipo de equipe?
4. Fazendo uma auto-avaliação, quais as principais habilidades você acredita possuir para o trabalho como gestor? Poderia dar exemplos da prática dessas habilidades em seu cotidiano de trabalho?
5. Ainda no campo da auto-avaliação, que habilidades você gostaria de desenvolver melhor e que entende serem importantes para o seu repertório de habilidades enquanto gestor? Poderia dar um exemplo de situações em que sentiu a ausência ou limitação dessas habilidades?
6. O quanto você acredita que o desenvolvimento ou o aperfeiçoamento destas habilidades poderiam contribuir para uma melhora no desempenho do líder de equipes de ESF? Pode dar um exemplo?
7. De que forma acredita que poderia ocorrer o desenvolvimento ou aperfeiçoamento dessas habilidades?

8. Em seu caso, como foram desenvolvidas as habilidades gerenciais que acredita possuir? A partir da oferta institucional e/ou por uma busca por conta própria?
9. Quais dificuldades você acredita poder influenciar na aquisição ou no aperfeiçoamento das habilidades de liderança? E o que poderia facilitar?
10. Em sua vivência enquanto gestor de equipes de ESF quais os maiores obstáculos para a aplicação dessas habilidades na prática de trabalho? Poderia mencionar alguns exemplos?
11. Da mesma forma, quais habilidades você mais pratica na gestão de sua equipe de trabalho? Poderia exemplificar e falar sobre os resultados desta prática?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TÍTULO: “Competências gerenciais na atenção primária: avaliação das habilidades sociais de enfermeiras gestoras de equipes de Saúde da Família”.

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo desta pesquisa é conhecer o repertório de habilidades sociais de enfermeiras que atuam como gestoras de equipes de Saúde da Família e analisar a importância destas habilidades no âmbito das competências gerenciais na área da saúde.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para uma pesquisa e os resultados serão divulgados somente para fins científicos, apresentação em eventos e/ou publicação em periódicos e/ou livros. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Se você não quiser participar do estudo ou se quiser desistir de sua colaboração após a assinatura deste termo, isto não irá interferir na sua vida profissional.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir colaborar com o presente estudo, participará de uma entrevista semiestruturada individualmente e responderá a um Inventário de Habilidades Sociais, validado e com reconhecimento científico.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Para a captação das informações solicitadas pelo roteiro de entrevista, citado anteriormente, disporemos de um gravador para a certificação da íntegra das informações coletadas. Sendo assim, para que venha a participar do estudo é necessário seu aceite em relação ao registro, em áudio, de suas falas, mediante o uso de um gravador, estando ciente de que as informações coletadas serão utilizadas, apenas, para a obtenção dos objetivos da pesquisa e que este material ficará sob a guarda exclusiva dos pesquisadores. Por conseguinte, vale a reiteração quanto ao sigilo das informações e anonimato da pessoa entrevistada.

RISCOS: Não há riscos previstos quanto a sua participação nessa pesquisa. Comprometo-me a zelar pela integridade e bem-estar dos (as) participantes, respeitando os princípios de autonomia, privacidade e confiabilidade. Caso apresente algum desconforto no decorrer da entrevista e/ou da vivência do Inventário de Habilidades Sociais, com qualquer exposição que, porventura, venha a considerar negativa, será respeitada sua decisão quanto à continuidade da entrevista, podendo ser interrompida, remarcada ou mesmo cancelada a sua participação, sem prejuízos. Se necessário, também será prestado o acolhimento psicológico.

BENEFÍCIOS: Sua participação beneficiará na ampliação do conhecimento científico sobre a temática e nas discussões acerca do trabalho sobre as habilidades sociais de enfermeiros gerentes no campo da atenção primária em saúde. Não obstante, os resultados da pesquisa também servirão para o direcionamento necessário visando a proposição de programas de capacitação em habilidades sociais para enfermeiros gestores no município de Rio Claro, podendo vocês, enquanto profissionais da área, se beneficiarem diretamente desse trabalho. Desta forma, esta pesquisa poderá trazer benefícios não somente ao pesquisador, como também ao ensino e a pesquisa na Atenção Básica em Saúde.

CONFIDENCIALIDADE: Como já mencionado, seu nome não aparecerá nas gravações de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas e

do Inventário de autorrelato revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, você deverá sentir-se livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu trabalho, conforme também já destacado anteriormente.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no município de Rio Claro-RJ, em parceria com a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ, situada no endereço BR.465/Km.07, Seropédica-RJ, através do Mestrado em Psicologia (PPGPSI), sendo o aluno Alessandro Simões Marinho o pesquisador principal, sob a orientação da Profª Drª Lilian Maria Borges Gonzalez. Os investigadores estão disponíveis para responder a dúvidas em qualquer momento da pesquisa. Caso seja necessário, contate o pesquisador no telefone: 999660468 ou pelo e-mail: aless.simoes@gmail.com. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador): _____

Nome: Alessandro Simões Marinho

Data: _____

ANEXO A

Carta de Autorização para realização da pesquisa COMEP



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO DE ÉTICA NA PESQUISA DA UFRRJ / COMEP

Protocolo N° 980/17

PARECER

O Projeto de Pesquisa intitulado “*Habilidades gerenciais na atenção primária: a importância da competência social de enfermeiros gestores de equipes estratégicas de saúde da família*” sob a coordenação da Professora Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez do Instituto de Educação/ Departamento de Psicologia, processo 23083.020611/2017-53, atende os princípios éticos e está de acordo com a Resolução 466/12 que regulamenta os procedimentos de pesquisa envolvendo seres humanos.

UFRRJ, 28/09/17.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lúcia Helena Cunha dos Anjos', written in a cursive style.

Prof.^a Dra. Lúcia Helena Cunha dos Anjos
Pró-Reitora Adjunta de Pesquisa e Pós-Graduação