

Elisângela Guimarães Soares

SINGULARIDADES DO TRABALHO
GERENCIAL DA ENFERMEIRA
NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
EM MINAS GERAIS

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2009

ELISÂNGELA GUIMARÃES SOARES

SINGULARIDADES DO TRABALHO GERENCIAL DA ENFERMEIRA
NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA EM MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maria José Menezes Brito – UFMG

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2009

Ficha Catalográfica

Preparada pelo Serviço de Biblioteca / FUNCESI
Bibliotecária: Sara Faustino Ribeiro – CRB: 2424

S676s
2009

Soares, Elisângela Guimarães
Singularidades do trabalho gerencial da enfermeira no
contexto do Serviço de Unidade Móvel de Urgência em Minas
Gerais. / Elisângela Soares Guimarães – Belo Horizonte: UFMG,
2009.
113f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de MG
Orientadora: Dra. Maria José Menezes Brito

1. Identidade profissional 2. Gerência de serviços de saúde
3. Enfermagem 4. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -
SAMU I.Título.

CDD: 610.010



Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação intitulada “Singularidades do Trabalho Gerencial da Enfermeira no Contexto do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Minas Gerais” de autoria da mestranda Elisângela Guimarães Soares, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Maria José Menezes Brito – Orientadora

Profa. Dra. Marília Alves

Profa. Dra. Kelly César Martins de Paiva

Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
EEUFMG

Belo Horizonte, 21 de julho de 2009

The page features a central design with a light yellow-to-white gradient background. A dark purple horizontal bar is positioned behind a central text box. Below this, a dark purple square is partially visible, containing a tilted yellow text box with a dotted border. The word "Dedicatória" is written in a black, elegant script font within the central text box.

Dedicatória

A todos aqueles que acreditaram que seria possível, que daria certo, mesmo diante das adversidades.

AGRADECIMENTOS

A você, minha Mamãe-noel, meu grande presente de Natal de 2007, pela forma como me conquistou e de quem tive a certeza: quando crescer vou ser uma enfermeira assim (bem-humorada, alegre, divertida, inteligente, paciente), mais que uma orientadora, um exemplo: Maria José Menezes Brito!

Aos meus pais e a Deus, por me permitirem existir.

Aos meus irmãos pelos segredos e cumplicidade que só deles posso esperar.

Ao UnilesteMG que me mostrou a enfermagem e me fez enfermeira, em especial à Sônia, minha professora, coordenadora, diretora... a quem admiro muito e agradeço pelo exemplo que representa para mim.

Aos meus alunos e colegas de trabalho que entenderam tudo que este mestrado representa para mim e que ao seu modo se revelaram compreensivos e cúmplices.

Em especial à Lidiane, Fátima, Patrícia e Marta pelos contatos e transcrições...

Ao Max, Lú e Léo, da informática, por me salvarem com os dois PC's...

À minha família toda, em especial meus avós, “vó Maria e vô Totó”.

Às minhas tias Didi e Marlene, pelos muitos “a titia te ama” que me fazem sentir especial.

Ao Luquinhas, Guigui, Biel... os príncipes da titia!!!

Sônia, pelo compartilhamento da família, da casa, da compulsão pelas compras.... realmente me sinto parte. Capilé, pelos conselhos e amizade, vezes amigo, vezes pai... Meus “compadres”, Lizziane e Alessandro, pela amizade, confiança e carinho.

A você, Bruna, amiga, colega, irmã e cúmplice, por tudo!

Aos meus professores (todos, desde o primário), em especial do mestrado que me permitiram ver o mundo sob pontos de vista diferentes; e, aos meus colegas de caminhada, que compartilharam seus conhecimentos e modos de ser e pensar comigo.

Àqueles que não agradei em palavras explícitas neste curto trecho: agradeço de coração e em pensamento!!!

Muito Obrigada!!!

*Prior Significa
dar a vida*

*Dar a vida significa
escolher um motivo entre um mundo de
possibilidades e então trabalhar
pacientemente por ele, mesmo quando estamos
cansados, perplexos ou amedrontados.
Significa amar o que fazemos, não apenas em seus
pontos altos, mas também no esforço cotidiano.
Significa o apego a um objetivo, através de
milhares de tempestades e incêndios, apego
interior e exterior.
Significa experimentar de novo até que o
objetivo e a pessoa que o buscam estejam
aperfeiçoados e prontos*

Michael Drury

RESUMO

SOARES, E.G. *Singularidades do trabalho gerencial da Enfermeira no contexto do Serviço Atendimento Móvel de Urgência em Minas Gerais*. 2009. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

O SAMU 192 é uma estratégia de atenção à saúde das populações com enfoque voltado para a redução dos impactos de morbimortalidade e agravos à saúde, atendendo a situações de urgência e emergência, clínicas ou traumáticas. As primeiras unidades foram implantadas no Brasil no ano de 2004, com cobertura inicial de 27 municípios. Trata-se de um cenário novo de produção de saúde, para o qual a estruturação dos serviços e funções tem-se dado de modo empírico. O SAMU-192 conta com três esferas de coordenação para garantir seu processo de exequibilidade sendo uma geral, uma médica e outra de enfermagem, de modo que as duas últimas estão hierarquicamente submetidas à primeira. A equipe de enfermagem corresponde ao seu maior contingente e o modo de trabalho se dá à distância da gerência de enfermagem, ao contrário da realidade experimentada no contexto hospitalar. A participação direta da enfermeira à frente da gerência deste grupo precisa ser articulada e eficaz, na medida em que sua equipe trabalha majoritariamente longe de seus olhos, fazendo-se pertinente conhecer as particularidades do modo como vem se desenvolvendo o trabalho gerencial desta profissional. Partindo-se deste pressuposto, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de conhecer as singularidades do trabalho gerencial da enfermeira coordenadora de equipe de enfermagem no SAMU, partindo-se da premissa de que este se caracteriza como um espaço novo de atuação na área da saúde, ainda em fase de construção. Foi desenvolvido um estudo com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. O universo de estudo constituiu-se de três unidades de SAMU-192, em Minas Gerais, nos municípios de Governador Valadares, Ipatinga e Itabira, os quais contam com a enfermeira como gerente da equipe de enfermagem. O estudo foi constituído por nove indivíduos. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e discutidos com a literatura pesquisada. Foram identificadas características referentes ao processo de trabalho da enfermeira gerente, sua autonomia, atribuições e relações interpessoais. Entre os resultados, observou-se tratar de um grupo organizado principalmente pela construção e manutenção de laços afetivos, psicológicos e ideológicos. O grande motivador para assumir o cargo de gerência é a possibilidade de superação do desafio posto e sua permanência se dá pelo reconhecimento do papel da Enfermeira-gerente, intra e extrainstitucionais. Não obstante sejam relatadas diversas facilidades e dificuldades no exercício desta função, a confiança, o vínculo e o respeito entre gerente e equipe se firmam como aspectos positivos, assim como a gerência da falta de recursos, conflitos e a falta de formação profissional voltada para a urgência e emergência são relacionados como aspectos negativos, sendo estes reforçados por entraves políticos inerentes aos serviços públicos. Por fim, observa-se que as enfermeiras-gerente têm caminhado a passos largos rumo à sua construção identitária, se alocando entre as fases de crise de identidade e de elaboração, porém bem mais próximas da segunda, até mesmo pelas reformulações nos cenários de gestão vigentes e pela fase ainda embrionária em que se encontra o SAMU.

Descritores: Enfermeira. Gerência de serviços de saúde. Identidade. SAMU-192. Estudo de Caso

ABSTRACT

SOARES, E.G. *Main aspects of the nurses managing job in the Mobile Attending Service of Urgency in Minas Gerais*. 2009. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SAMU 192 is a strategy of calling attention to the population health intending to decrease the impacts of morbid mortality and the worsening to the health, attending to urgent and emergency situations, clinic or traumatic. The first units were set in 2004, initially covering 27 cities. It is a new setting of production of health in which the building of the services and functions has happened in an empiric way. SAMU 192 has three coordinating groups to guarantee the process of being executed: a general section, the doctors section and the nursing section, being the two last ones submitted to the first one, in an hierarchy way. The nursing department corresponds to the larger contingent and its way of working is out of sight of the nursing management, unlike the reality presented in the hospital context. A straight participation of the nurse who's in charge of managing the group must be clear and effective, since the team works most of the time out of the manager view, becoming necessary to know carefully his/her way of developing the management job. Since then, this study was developed with the objective to know singularities of the management job of the nurse who coordinates the nursing team at SAMU, because this is a new area in health field, being built at present times. It was developed a study with a new qualitative approach, as a case study. The places being studied were three units of SAMU-192 in Minas Gerais State: the cities of Governador Valadares, Ipatinga and Itabira. Places where the nurse is the chief of the nursing team. The studies were done with nine people. The results were analyzed in their contents and discussed with the researched literature. It was noticed characteristics that referred to the process of working of the manager nurse, his/her autonomy, tasks and personal relationships. Through the results, it was possible to observe that it was an organized group mainly because of the construction and keeping of the affection, psychological and ideological ties. The great reason to accept a managing office is the possibility of overcoming a challenging job. And keeping it depends on recognizing the manager nurse role, inter and extra institutions. Nevertheless, it was reported several facilities and difficulties practicing this office. Confidence, good relation and the respect between manager and team are positive aspects as well as the managing of lack of resources, conflicts and bad professional training to the emergency cases are negative ones. The negative aspects are increased by the politic obstacles inherent in the public services. At last, it is observed that the manger nurse has improved a lot trying to build his/her identity, being between the phases of identity and elaboration. The elaboration phase seems to be closest to reality due to the modifications in the current outdate scenery and to the embryo phase that it SAMU is inserted.

Descriptors: Nurse. Management of Health Service. Identity. SAMU-192. Study of case.

LISTA DE TABELAS

1. Distribuição das unidades implantadas de SAMU 192 no Brasil segundo região e média por UF. Brasil, 2007-09 43
2. População estimada segundo município coberto pelo SAMU-192 em Minas Gerais, 2006/09 44
3. Distribuição das esferas de coordenação do SAMU-192, segundo região e gênero, Brasil, 2007..... 45
4. Distribuição do montante de cargos de gerência no SAMU-192, segundo região e gênero. Brasil, 2008..... 46
5. Distribuição das linhas de coordenação do SAMU-192, em Minas Gerais, segundo gênero. 47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATLS	Advanced Trauma Life Support
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
FIG	Figura
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
PNAU	Programa Nacional de Atenção às Urgências
PSF	Programa de Saúde da Família
RMVA	Região Metropolitana do Vale do Aço
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SB	Sujeito Periférico: Subordinado
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados de São Paulo
SH	Sujeito Periférico: Superior Hierárquico
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Tabela
UER	Urgência e Emergência
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
USIMINAS	Usina Siderúrgica de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	PERCURSO METODOLÓGICO	16
2.1	Tipo de estudo: estratégias de investigação.....	16
2.2	Cenários e Sujeitos do Estudo	17
2.3	Dados e fontes de informação	20
2.4	Tratamento e Análise dos dados.....	21
2.5	Cuidados éticos.....	22
3	PANORAMA CONCEITUAL DA ENFERMAGEM.....	25
3.1	Consolidação da Enfermagem como ciência.....	25
3.2	A Enfermeira como gerente de serviços.....	30
3.3	A identidade da enfermeira-gerente	36
4	PANORAMA DO SAMU-192 NO BRASIL	42
5	AS PRÁTICAS GERENCIAIS DAS ENFERMEIRAS NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA	49
5.1	Análise descritiva do perfil dos sujeitos da investigação	49
5.1.1	Conhecendo os sujeitos nucleares: Enfermeiras-gerente.....	49
5.1.2	Conhecendo os sujeitos periféricos: superiores hierárquicos e subordinados.....	53
5.2	Enfermeiras, práticas gerenciais e o universo do SAMU-192.....	54
5.2.1	O SAMU como espaço em construção.....	55
5.2.2	Identificação dos princípios do SUS no SAMU.....	62
5.3	Uma viagem pelas práticas gerenciais das Enfermeiras.....	65
5.3.1	Particularidades das Enfermeiras-gerente	65
5.3.2	As práticas gerenciais da Enfermeira no SAMU.....	79
5.4	A identidade da Enfermeira-gerente: estágios identitários vivenciados.....	89
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
	REFERÊNCIAS	99
	APÊNDICES	102
	ANEXOS	110



Introdução

Os sonhos devem ser ditos para começar a se realizarem. E como todo projeto, precisam de uma estratégia para serem alcançados. O adiamento destes sonhos desaparecerá com o primeiro movimento.

Paulo Coelho

1 INTRODUÇÃO

Desde a criação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (Brasil, 2003a), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem se configurado como um importante programa que tem por finalidade prestar socorro à população em casos de emergência. Com esta estratégia, o governo federal tem reduzido o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce (BRASIL, 2007).

O serviço destaca-se pelo seu funcionamento ininterrupto nas 24 horas do dia, contando com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e motoristas socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. Por questões de complexidade, o serviço é dividido em unidades básicas e avançadas, as quais se submetem a uma central de regulação. O número de unidades dentro de cada serviço varia de acordo com o aporte populacional do município no qual está implantando.

Para sua implantação e funcionamento, o Ministério da Saúde, conforme definido na PNAU (Brasil, 2003b), disponibiliza recursos financeiros, infraestrutura para as centrais de regulação e capacitação de recursos humanos para organização do serviço, estando o incentivo financeiro articulado com o porte de cada município. Para aqueles municípios que possuem mais de 100 mil habitantes é prevista a implantação de um serviço único. Contudo, municípios com população inferior àquela podem se organizar num modelo tripartite para implantação deste programa.

Cada serviço implantado pode contar com uma ou mais unidades básicas e avançadas, de acordo com a demanda de cada município. A composição das equipes irá variar de acordo com a complexidade da unidade, de forma que a básica conta com um motorista socorrista e um técnico de enfermagem. À unidade avançada, acresce-se a figura do médico e do enfermeiro.

Quanto à gerência dos serviços, a portaria GM 2048 (Brasil, 2002) define três esferas de coordenação, quais sejam: coordenador geral do serviço, responsável técnico médico e de enfermagem. O enfermeiro, de acordo com sua formação, pode desempenhar, além da coordenação de enfermagem, a coordenação geral do serviço. As responsabilidades

técnicas poderão ser assumidas por profissionais da equipe de intervenção, sempre que a demanda ou o porte do serviço assim o permitirem.

Neste tipo de serviço, o enfermeiro tem definido como suas atribuições:

supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém-nato; realizar partos sem distócia; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas. (BRASIL, 2002, p. 86)

Percebe-se aqui uma lacuna no que se refere à definição de atribuições voltadas para a gerência ou coordenação dos serviços. Contudo, ainda assim, os enfermeiros têm assumido em alguns casos, tanto a coordenação da equipe de enfermagem quanto a coordenação geral do serviço e, neste cenário, a mulher tem um papel de destaque, ocupando parcela significativa das coordenações de enfermagem.

Thofehn e Leopardi (2006) ressaltam que a importância do enfermeiro transcende questões relacionadas ao cuidado para aquelas de cunho também gerencial. Ainda que este não desempenhe diretamente todos os cuidados, é ele quem determina e gerencia as atividades desempenhadas por sua equipe, como também é corresponsável pelas suas ações e por manter a integração desta mesma equipe entre si e entre os sujeitos que recebem o cuidado, de forma que se torna necessário revisar e reconstruir sua “identidade gerencial” por meio do envolvimento do próprio profissional, como da articulação e interação de outros setores e atores e segmentos institucionais para consolidar as relações coletivas de trabalho.

Estudo desenvolvido por Kemmer e Silva (2007), buscou conhecer a visibilidade do enfermeiro na perspectiva de profissionais de comunicação. Entre os resultados destaca-se a percepção de uma profissão sacrificada e desgastante com luta pela inserção no mercado de trabalho e as condições adversas dessa realidade; o desconhecimento dos campos de atuação do enfermeiro; o desconhecimento, por parte dos profissionais da mídia, da categorização profissional (como um reflexo de que a população, como um todo, também não reconhece o enfermeiro de maneira independente); a invisibilidade da profissão em relação às suas

atribuições e realizações; a responsabilidade dos enfermeiros diante de sua invisibilidade perante a mídia e a sociedade.

A motivação para estudar o tema decorre da minha trajetória acadêmica e profissional, ante a possibilidade de conhecer melhor o papel da enfermeira frente aos cargos de gerência no SAMU. No ano de sua implantação em Ipatinga, eu cursava o último ano da graduação em Enfermagem. A gerente de enfermagem do serviço e responsável pela elaboração do projeto de implantação do SAMU no município era também docente da disciplina de Atenção Pré-hospitalar na faculdade de Enfermagem e seu discurso sempre era dotado de empolgação, referindo-se ao SAMU como uma estratégia de reorientação dos serviços de resgate, como uma possibilidade de sistematização e melhoria na qualidade da assistência prestada à população.

Minha inserção nesta temática se deu, inicialmente, por meio da pós-graduação no curso de especialização em Urgência e Emergência Pré-hospitalar, o qual proporcionou grande aproximação com o SAMU, mas o aprofundamento desejado só seria possível com o curso de Mestrado, que me ofereceu subsídios teóricos para responder às minhas inquietações.

Tendo em vista as considerações apresentadas e o contexto de desenvolvimento da enfermagem como profissão, há que se pensar que o desenvolvimento de ações gerenciais não seja diverso para as enfermeiras que atuam no SAMU, principalmente, considerando o fato de se tratar de um espaço de trabalho relativamente novo – as primeiras unidades implantadas iniciaram seu funcionamento em 2004. As esferas de atuação e as delimitações ainda encontram-se imaturas, livres de qualquer engessamento, o que por sua vez permite maior articulação entre as categorias profissionais, definição de atribuições e fixação nestes espaços. Desta forma, surge a seguinte questão: como a enfermeira desenvolve suas atividades gerenciais no contexto do SAMU?

Nesta perspectiva, considerando-se o SAMU-192 como um espaço de atuação em franca expansão, o aumento do número de profissionais de enfermagem inseridos no mercado de trabalho, a ampliação do sítio conquistado pelas mulheres na organização e gerência dos serviços, realizou-se este estudo com o objetivo central de conhecer as singularidades do trabalho gerencial da enfermeira coordenadora de equipe no SAMU-192. Como objetivos específicos, buscou-se identificar a percepção das gerentes e da equipe sobre questões referentes às suas atribuições, a autonomia no exercício da função gerencial e os elementos facilitadores e dificultadores da ação gerencial no SAMU. Finalmente, pretende-se iniciar uma discussão acerca dos estágios identitários vivenciados pelas EG no exercício de suas funções.



*Percurso
Metodológico*

*Todos os caminhos são os mesmos,
Conduzem ao nada. São caminhos que vão
através do mato. A única questão é se o
caminho tem um significado. Se o tiver, é um
bom caminho. Se não, não tem utilidade. Se o
caminho é o amor, o fim não tem
importância, o processo terá coração.*

Leo Buscaglia

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudo: estratégias de investigação

Buscando identificar as singularidades das atividades gerenciais das enfermeiras-gerente em seu campo real de atuação, o SAMU, para o desenvolvimento desta pesquisa foram necessárias duas estratégias, tendo sido, inicialmente, exploratória, a qual, segundo Gil (2002) e Triviños (1987) busca constatar algo em um organismo ou fenômeno e envolve levantamento bibliográfico, com aplicação de questionário a pessoas que têm experiências práticas com o problema pesquisado. O primeiro caminho metodológico foi a pesquisa de campo, que segundo Marconi e Lakatos (2002) e Triviños (1987) caracteriza-se por um estudo em que o foco reside no “desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, o mercado ocupacional” (p. 110) e, desta forma, uma coleta de dados com o objetivo de adquirir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para qual se procura uma resposta.

Nesta fase, foi feito um levantamento detalhado sobre as unidades de SAMU implantadas no Estado de Minas Gerais, buscando identificar o perfil das equipes de saúde que nelas atuam e parte do histórico destes serviços nos municípios que se ajustaram à proposta da pesquisa em tela, como forma de promover aproximação com o tema. Para tal, apropriou-se da técnica de análise documental que, de acordo com Ruiz (2002) e Triviños (1987) é a forma de coleta de dados em que ao pesquisador é possibilitado reunir uma grande quantidade de informações, buscando esclarecer itens referentes ao tema, por meio de fontes bibliográficas como livro de registro, ficha de cadastramento, arquivos, entre outros. A coleta deve ser criteriosa e seletiva para definir o que é relevante ou não ao estudo. Foram utilizados os documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, acerca da PNAU e dados estatísticos, todos disponíveis *on line*, no portal do Ministério da Saúde, no período de junho de 2007 a março de 2009.

A segunda fase ancorou-se na pesquisa descritiva, que de acordo com Triviños (1987), pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade. No que se refere aos procedimentos técnicos, tratou-se de um estudo de caso, uma vez que envolve o estudo profundo aprofundado de um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 1999).

Para Yin (2005) o estudo de caso pode ser descrito como uma técnica que prima pela preservação da totalidade das características e dos significados da vida real, dentre os quais aspectos como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, bem como sua característica como estratégia de pesquisa que contempla um método abrangente.

De acordo com Marconi e Lakatos (2002), a abordagem qualitativa fornece maior facilidade quando se precisa descrever a complexidade de um problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos experimentados por grupo sociais, apresentar contribuição no processo de mudança, criação e formação de opiniões de um determinado grupo e principalmente permite a interpretação das singularidades dos comportamentos dos indivíduos de forma profunda.

Conforme exposto por Demo (2005)

na qualidade não vale o maior, mas o melhor; não o extenso, mas o intenso; não o violento, mas o envolvente; não a pressão, mas a impregnação. Qualidade é estilo cultural, mais que tecnológico; artístico, mais que produtivo; lúdico, mais que eficiente; sábio, mais que científico (p.13).

Desta forma, a opção pela abordagem qualitativa justificou-se pela possibilidade de extrapolar o campo numérico, para aquele da subjetividade. Neste sentido, buscar conhecer qualitativo do outro pode ser entendido ao se parafrasear Demo (2005), para o qual a qualidade surge como estilo cultural, mais que tecnológico, artístico, produtivo, lúdico, eficiente, sábio ou científico.

Considerando estes pressupostos, conhecer as singularidades das enfermeiras-gerente do SAMU 192, entendendo-as como um fenômeno cultural, permeadas por uma série de manifestações que tanto podem lhe conferir especificidade, quanto misturá-la ao senso comum é algo que, por ora, só é possível a partir do conhecimento do discurso daqueles que estão envolvidos neste meio, o que, por sua vez, só o qualitativo é capaz de permitir aproximação e densidade.

2.2 Cenários e Sujeitos do Estudo

Os cenários escolhidos intencionalmente para desenvolvimento do estudo foram Itabira, inaugurado em dezembro de 2004, com 105.199 habitantes; Ipatinga, implantado em julho de 2004, atendendo a uma população de 238.397 habitantes; e, Governador Valadares,

iniciado em 2004 e inaugurado em janeiro de 2005, com 260.396 habitantes. Todos contam com uma mulher à frente da coordenação da equipe de enfermagem, estando vinculadas ao serviço desde a sua implantação.

Em Itabira e Governador Valadares as enfermeiras-gerente participaram desde o processo de elaboração e implantação e continuam como gerentes até o momento. Em Ipatinga, a gerência de enfermagem conta com seu quarto gestor, tendo sido, com a atual três enfermeiras e um enfermeiro. Contudo, a enfermeira-gerente faz parte do corpo técnico do SAMU desde a sua implantação.

O município de Itabira (Cenário I) localiza-se a 104 quilômetros da capital, Belo Horizonte, na mesorregião metropolitana de BH. Possui área de 1.256,496 km² e população de mais de 105 mil habitantes (IBGE, 2008). O setor saúde conta com 44 estabelecimentos, sendo 31 públicos e 13 privados.

Dentre os serviços de saúde mencionados, destaca-se a existência de um hospital Regional, que se configura como a rede de nível secundário de referência aos atendimentos prestados pelo SAMU-192, que foi implantado no município em dezembro de 2004. Desde sua concepção, conta com a mesma equipe de coordenação de enfermagem, médica e geral. Sua equipe técnica atual é composta por 06 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem. Os médicos e enfermeiros vinculados a este SAMU são prestadores de serviços organizados por meio de uma cooperativa, em que estes são prestadores de serviço para a Secretaria Municipal de Saúde, o que lhes garante um contrato diferenciado e uma condição diversa dos demais municípios pesquisados.

Quanto à organização estrutural, o modelo é ainda centralizado, localizando-se próximo à unidade do corpo de bombeiros. São duas Unidades de Suporte Básico (USB), denominadas Beta e Gama. As USB são tripuladas por um motorista e dois técnicos que atuam em escala de 12 horas de trabalho por 36 horas de folga; uma Unidade de Suporte Avançado (USA), denominada unidade Alfa, é tripulada por um motorista, um técnico de enfermagem, um enfermeiro e um médico. A quarta ambulância, recém-adquirida, é uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel, tripulada por uma equipe similar àquela da unidade Avançada, porém em regime de sobreaviso.

O regime de trabalho dos enfermeiros não segue uma escala fixa diurna ou noturna. À exceção da enfermeira-gerente que cumpre uma jornada formal de quatro horas de trabalho, os demais enfermeiros cumprem jornadas de 12 horas diárias, porém sem carga-horária semanal pré-determinada e sem referência de plantão nas escalas, sendo os plantões distribuídos de acordo com a disponibilidade mensal de cada um dos enfermeiros.

A cidade de Ipatinga (Cenário II) tem seu nome originário do Tupi-guarani que significa “pouso de água limpa”. Localiza-se a 209 km da capital, na Região Metropolitana do Vale do Aço (RMVA), leste de Minas Gerais, como população superior a 240 mil habitantes (IBGE, 2008).

Trata-se de uma cidade jovem, emancipada há 44 anos. Seu crescimento se deu no entorno da Usina Siderúrgica de Minas Gerais (USIMINAS). Sua economia se baseia na siderurgia, correspondendo a até 30% da produção industrial do município. Atualmente, é o município mais próspero da RMVA. Entre seus principais indicadores destaca-se o índice de analfabetismo de 2,8; a mortalidade infantil de 15 para 1.000 habitantes; cem por cento da população coberta por abastecimento de água e coleta de esgoto; área verde significativa de 1.270 m² por habitantes e 98% de suas vias asfaltadas.

O setor saúde do município conta com 32 unidades de Saúde da Família; dois hospitais, sendo um público e um privado, ambos assumidos como referência para o SAMU; uma policlínica; um serviço de atendimento móvel de urgência, já descentralizado com quatro bases instaladas em pontos estratégicos do município, sendo três USB (identificadas pelas placas da ambulância quando do seu acionamento) e uma USA localizada junto à central de regulação.

Sua equipe é composta por 06 enfermeiros (incluindo a enfermeira-gerente do serviço) e 30 técnicos de enfermagem. Os Técnicos de Enfermagem trabalham com jornada diária de 12 horas, sendo dois dias de 7 h às 19 horas e dois de 19 h às 7 horas. A jornada dos enfermeiros é diferenciada, sendo o único cenário de 30 horas de trabalho. O plantão de 7 h às 19 h é organizado em dois turnos fixos de 7 h às 13 h e de 13 h às 19 horas, de segunda a sexta-feira, tendo um enfermeiro por referência em cada horário. Os demais plantões da escala noturna e dos finais de semana são cobertos por quatro enfermeiros, com jornada de 12 horas de trabalho, seguida de três dias de folga.

Neste cenário, apenas a coordenação geral permanece desde a sua implantação. As coordenações médica e de enfermagem já sofreram alterações, estando a equipe de enfermagem sob a quarta gestão. Dentre as três gestões anteriores, em apenas uma a coordenação de Enfermagem foi desempenhada por um homem.

Governador Valadares (Cenário III) é a maior cidade do leste do Estado, com população de mais de 260 mil habitantes, configurando-se como pólo econômico do médio Vale do Rio Doce, exercendo significativa influência sobre o leste e nordeste de Minas Gerais e alguns municípios do estado do Espírito Santo. Situa-se na margem esquerda do Rio Doce, a 324 quilômetros de Belo Horizonte e a 410 quilômetros de Vitória (IBGE, 2008).

O Setor saúde do município se vê organizado nos níveis primário, secundário e terciário, sendo 03 estabelecimentos de saúde públicos, 78 estabelecimentos de saúde privados e 232 leitos para internação em estabelecimentos públicos de saúde, sendo o hospital público regional com pronto socorro, que funciona como referência em nível secundário aos atendimentos prestados pelo SAMU, além de seis hospitais particulares e uma unidade do Hemominas.

O SAMU do município ainda funciona segundo o regime centralizado, contando com duas USB e uma USA. Sua equipe é composta por 08 enfermeiros e 23 técnicos. Apenas a coordenação de enfermagem se mantém desde a sua concepção e implantação. O regime de trabalho da equipe segue o mesmo modelo do Cenário II, porém a enfermeira-gerente cumpre 20 horas semanais na função gerencial e 20 horas semanais na função assistencial.

Embora os municípios de Betim e Sete Lagoas também tenham sido inaugurados em 2004 e possuam uma enfermeira no cargo de coordenação da equipe de enfermagem, os mesmos foram descartados, sendo o primeiro pela duplicidade de cargos ocupados pela Enfermeira-gerente (Coordenação Geral e de Enfermagem) e o segundo pela indisponibilidade da então enfermeira-gerente.

Quanto aos sujeitos que constituem o estudo, os mesmos foram selecionados de modo intencional, num total de 09 participantes, quais sejam: 03 enfermeiras-gerente (enfermeira-gerente) como sujeitos nucleares e dois membros de cada equipe, sendo um superior hierárquico (SH) e um subordinado (SB), sendo este último selecionado aleatoriamente entre aqueles que estiveram presentes, em regime de plantão, na data determinada para a entrevista os quais compuseram 06 sujeitos secundários que participaram do estudo. Ressalta-se aqui que entre os sujeitos definidos como subordinados, abrangeram enfermeiros e técnicos de enfermagem, por se tratar daqueles diretamente ligados à Coordenação de Enfermagem.

2.3 Dados e fontes de informação

Procedeu-se à coleta de dados (aplicação das entrevistas) no período referente aos meses de outubro de 2008 a fevereiro de 2009, após os quais se iniciou fase de análise dos dados.

Por se tratar de um estudo de caso, foi utilizado, para a coleta dos dados primários, um roteiro de entrevista composto de duas partes, ambas adaptadas de Brito (2004), quais sejam: (i) questionário de identificação (Apêndice A), aplicado a todos os

sujeitos do estudo; e, (ii) entrevista semi-estruturada (Apêndice B), partindo de questões norteadoras que discorreram sobre as temáticas do SAMU, trajetórias profissionais, autonomia, funções gerenciais desenvolvidas, relacionamentos interpessoais, entre outras. Os roteiros constavam de modelos distintos a serem aplicados, sendo um aos sujeitos nucleares e outro aos secundários.

A entrevista semi-estruturada, de acordo com Minayo (1999), permite a combinação de perguntas abertas e fechadas, por meio das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem que suas respostas sejam tangenciadas ou direcionadas pelo pesquisador. Triviños (1987) acrescenta ainda que esse tipo de entrevista parte de alguns questionamentos básicos, os quais se apóiam em hipóteses, que interessam à pesquisa e que abrem margem a diversos questionamentos, que por sua vez, confluirão em novas hipóteses à medida que as anteriores são respondidas pelo entrevistado. Assim, “o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa” (TRIVIÑOS, 1987, p.146).

2.4 Tratamento e Análise dos dados

Foram adotadas duas técnicas distintas para tratamento e análise dos dados, em que aqueles primários foram submetidos à análise de conteúdo propostas por Bardin (1977) e Minayo (1999), contemplando, de acordo com Brito (2004) as fases de preparação e categorização temática. Os dados secundários foram submetidos à análise documental.

Na fase de preparação (Brito, 2004), as entrevistas foram transcritas, na íntegra, segundo o roteiro de perguntas. Em seguida, procedeu-se à releitura do material buscando o critério de relevância para categorização das informações. De acordo com Turato (2003) “o critério de relevância foge da ortodoxia clássica das pesquisas positivistas e abre espaço para a busca da essencialidade do fenômeno” (p. 447).

A fase de categorização ou análise temática foi feita a partir de leituras repetidas das entrevistas na íntegra e, em seguida, extração de temas relevantes que emergiram dos discursos dos entrevistados. Conforme descrito por Turato (2003), a unidade de análise consistiu de frases e parágrafos, considerando-se que os dados foram classificados

tendo em vista o princípio de que o dado é construído, sendo fruto de uma relação entre as questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo em um processo inacabado de perguntas originado pelo quadro empírico às referências teóricas do pesquisador (TURATO, 2003, p.66).

Para fins de registro e análise, definiu-se o SAMU de Itabira como cenário I, Ipatinga, cenário II e Governador Valadares como cenário III, para os quais as falas das enfermeiras-gerente foram identificadas pelas siglas EG1, EG2 e EG3, respectivamente. Já os sujeitos periféricos foram identificados pelas abreviações “SB”, quando subordinados às enfermeiras-gerente e “SH”, quando hierarquicamente superiores a elas. Da mesma forma, seguem acompanhados dos identificadores 1, 2 e 3, definidos anteriormente para os cenários.

2.5 Cuidados éticos

Com o desenvolvimento da ciência, conforme citado por Pinto (1998), diversos empreendimentos tecnológicos têm sido empregados nos campos de pesquisa, imputando uma variedade de aspectos a serem considerados, extrapolando para aqueles da humanização.

O geral e o particular, o individual e o coletivo, a humanidade e a totalidade tornam-se objetos de consideração, sob o ponto de vista que abrangem múltiplos e variados aspectos: o poder de modificar, a transformação e as conseqüências, a possível destruição total (PINTO, 1998, p. 105).

Nesta perspectiva, entendendo-se a importância do zelo pelas informações obtidas, bem como da relação de confiança que se necessita estabelecer entre pesquisador e pesquisado, o presente estudo resguardou-se na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), a qual dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, bem como na aprovação prévia do Comitê de ética em pesquisa da UFMG (Anexo A). Seguinte à aprovação no COEP, sob o parecer 517/08, foi encaminhada uma carta de solicitação para desenvolvimento da pesquisa junto às Secretarias Municipais de Saúde das cidades acima elencadas (Anexo B). Aos pesquisados foi apresentada uma súmula dos objetivos e proposta do estudo e, àqueles que se disponibilizaram a participar do estudo, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), tendo este sido assinado, em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o sujeito pesquisado, resguardando o sigilo e anonimato das informações obtidas. Para garantir tal sigilo, foi atribuído a cada um dos

participantes um número de identificação, quando da transcrição, análise e apresentação dos resultados.



*Referencial
Teórico*

*O saber se aprende com os mestres.
A sabedoria, só com o corriqueiro da vida.*

Cora Coralina

3 PANORAMA CONCEITUAL DA ENFERMAGEM

A Enfermagem cresceu e se desenvolveu muito desde o seu surgimento como ciência voltada para o cuidado, seja ele no contexto da saúde ou da doença. Sua organização se deu inicialmente de modo empírico e foi se consolidando ao longo da história, a partir de bases científicas que as permitiu extrapolar o campo do cuidado direto ao paciente e atingir outras áreas de atuação, entre as quais se destaca a gerência de serviços de saúde. Os tópicos subseqüentes traçam uma linha histórica da Enfermagem rumo à sua consolidação como ciência até chegar à Enfermeira em cargos de gerência. Em seguida faz-se uma abordagem sobre a identidade, com ênfase nos estágios identitários da enfermeira-gerente.

3.1 Consolidação da Enfermagem como ciência

A profissão de enfermagem surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos, determinada por uma formação social específica, trazendo consigo características próprias quanto à filosofia, política, economia, leis e ideologia. A evolução das práticas de saúde como também da enfermagem se deu juntamente com o desenvolvimento das nações, relações de poder e o crescimento industrial, tecnológico e econômico (GEOVANINI *et al.*, 2002).

Segundo Silva (1989), a história da enfermagem pode ser melhor entendida se dividida em antes, durante e após a Idade Média. Antes, as práticas de saúde eram desenvolvidas pelas mulheres dos grupos nômades e primitivos, pelos escravos, sacerdotes e pelas mulheres gregas. Nos grupos primitivos, a concepção saúde-doença era entendida como ação dos espíritos, algo sobrenatural que, para Turkiewicz (1995) tinha como meios terapêuticos as massagens, os banhos de água fria ou quente, purgativos e substâncias que provocavam náuseas, pois acreditavam que expulsavam os maus espíritos.

Para Geovanini *et al* (2002), os primitivos e nômades possuíam concepções evolucionistas e teológicas na prática do cuidar e que, com o passar do tempo, constatou-se que o conhecimento de cura resultava em poder, e agregando o conhecimento ao misticismo, o homem fortaleceu e apoderou-se deste poder. Este é o marco do empirismo, em que a relação mística é abordada pelos primitivos nas práticas religiosas e de saúde, sendo

desenvolvidas pelos sacerdotes, tendo como ensinamentos os conceitos primitivos de saúde. Essas atividades, antes realizadas em santuários e escolas, passam a ser desenvolvidas nos templos e divididas com mulheres de classe social elevada.

Hipócrates foi considerado o pai da medicina, propondo as bases da medicina científica e acreditava ser a natureza, o melhor remédio (Turkiewicz, 1995). Lunardi (1998) acrescenta que, nesta época, a medicina racional era exercida sem a presença da enfermagem e, para Geovanini *et al* (2002), a evidência das práticas de enfermagem não era nítida, pois o cuidado prestado aos doentes ainda era feito por feiticeiros, sacerdotes e mulheres com aptidão para tal.

Complementar às relações primitivas, o advento do cristianismo implicou em uma grande revolução social, levando os primeiros cristãos a uma vida santa, os quais amavam aos inimigos e perseguidores. Os cuidados dedicados aos enfermos e aos pobres eram reconhecidos como missão para os cristãos que, por optarem a servir a Deus, serviam aos que necessitavam, acreditando no alcance da salvação eterna. Mas, estes cuidados eram prestados menos pela satisfação que pela tentativa de compensar as faltas, as injustiças e as doenças vivenciadas (LUNARDI, 1998; RODRIGUES, 2001; TURKIEWICZ, 1995).

As ações de saúde e o exercício da enfermagem evoluíram com os movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante, sendo que nos primeiros, as práticas de saúde voltavam-se mais para o paciente do que para os ensinamentos literários, priorizando o estudo do corpo humano, buscando compreender seu comportamento e as possíveis doenças relacionadas, e acompanhando as novas descobertas da anatomia. A Reforma Protestante, por outro lado, contribuiu para a evolução das práticas de saúde, pois estava ligada à prática religiosa, mas que, por não deixar de lado os interesses políticos, foi submetida a uma rebelião contra tais abusos, surgindo como efeito a inquisição, ocasionando em fechamento de inúmeros hospitais cristãos e expulsão das religiosas que prestavam os cuidados à saúde dos enfermos. Em face da necessidade de pessoas para prestar cuidados aos doentes, tornou-se iminente o recrutamento de pessoal remunerado – uma quantia pequena, para um serviço pesado, o que levou pessoas de baixo nível moral e social a procurarem pelo serviço, ocasionando em recusa dos enfermos aos cuidados prestados nos hospitais, mesmo nas condições em que realmente precisavam (GEOVANINI *et al.*, 2002).

Estes fatos marcaram a fase de decadência da enfermagem, quando um importante abalo no espírito cristão exerceu influência sobre a quantidade e qualidade das pessoas para assumir os serviços de assistência aos enfermos. A escassez de materiais particulares fazia com que os hospitais restringissem alimentação, roupas e leitos e aglomerasse homens,

mulheres e crianças em um mesmo leito. Este cenário caracterizou, verdadeiramente, o período crítico da enfermagem (TURKIEWICZ, 1995).

A revolução técnico científica da Idade Moderna foi precursora do progresso social, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida da população, a partir da qual as pessoas passaram a adotar novos hábitos de higiene, o que gerou importantes ganhos na vida da população, impactando, principalmente, no controle das doenças infecto contagiosas e aumento da expectativa média de vida. Não menos importante, gerou também reflexos na medicina, sendo que tais avanços, aliados aos interesses políticos, favoreceram a reorganização dos hospitais e, junto ao posicionamento do médico, principal responsável pela instituição, marca o início da disciplinarização e como esta refletirá positivamente na enfermagem (GEOVANINI *et al.*, 2002).

Surge um novo marco para a enfermagem, o qual configura a enfermagem moderna, a partir da introdução de modo de trabalho dinâmico e organizado, proposto por Florence Nightingale (1820-1910). Após se oferecer para trabalhar na Guerra da Criméia (1853-1856), ela deu evidência à disciplina no trabalho da enfermagem e consolidou as relações de dominação-subordinação, demonstrou capacidade de trabalho, organização e resultados de suas observações; e, diante da imagem negativa que a enfermagem trazia, percebeu que era necessário reconstruir um novo perfil profissional. Florence também abordava conceitos de meio ambiente, ser humano, saúde e enfermagem, e enfatizava que os cuidados devem ser prestados às pessoas doentes e sadias, abordando o cuidar, o educar e o pesquisar, tratando o doente e não a doença (GEOVANINI *et al.*, 2002; RODRIGUES, 2001; TURKIEWICZ, 1995).

Em 1859, Florence fundou uma escola de enfermagem no hospital *Saint Thomas*, servindo de modelo para as demais escolas que surgiram posteriormente, tendo como características, a disciplina rigorosa e as qualidades morais das candidatas, podendo, estas últimas características representar o esforço pela (re) moralização da enfermagem. Nas primeiras escolas de enfermagem, as aulas eram ministradas por médicos, e cabia a eles decidir as funções que as enfermeiras poderiam exercer (Geovanini *et al.*, 2002). Para Donahue (1985) a escola tinha o objetivo de formar dois tipos distintos de enfermeiras: uma para o cuidado de doentes pobres e outra para o ensino.

Mesmo com as dificuldades enfrentadas, as escolas, segundo Atkinson e Murray (1989), deveriam funcionar dentro da filosofia da Escola de Enfermagem Florence Nightingale, baseada em quatro princípios, quais sejam: (1) o treinamento deveria ser considerado tão importante quanto qualquer outra forma de ensino e financiado pelo dinheiro

público; (2) as escolas deveriam manter laços estreitos com os hospitais, resguardando, contudo, independência financeira e administrativa; (3) delimitava o ensino de enfermagem como atividade desempenhada por enfermeiras profissionais, afastando outras categorias desta atividade; e, (4) as estudantes deveriam ter, durante o período de treinamento, residência à disposição, garantindo-lhes ambiente confortável, próximo ao hospital.

As escolas conseguiram um bom desempenho no sistema nightingaleano de ensino, sendo aqui manifesta importante mudança, na qual os cargos de direção da escola passaram às mãos das enfermeiras e desvinculam-se da figura do médico. O ensino adquire um cunho mais metódico que operacional e a seleção das candidatas mais rigorosa, levando em conta, além da aptidão profissional, o aspecto físico, moral e intelectual (Geovanini *et al.*, 2002). Novamente vê-se aqui um esforço para a construção de uma nova identidade, desvirtuada de tantos estereótipos que marcavam esta categoria profissional.

Transpondo a situação da enfermagem para o cenário brasileiro, Geovanini *et al* (2002) destacam que as ações de saúde de outrora eram vinculadas aos rituais místicos realizados por pajés e feiticeiros, e as práticas domésticas realizadas por mulheres no cuidado com crianças, velhos e doentes, acompanhados de amuletos, superstições, práticas como o repouso, jejum e uso de calor, eram desenvolvidas pelos indígenas antes da colonização como forma de preservação da saúde. Com os colonizadores e escravos e, posteriormente, com as crescentes imigrações, o cenário brasileiro tornou-se alvo de doenças venéreas, tuberculose, lepra, varíola e febre amarela, aumentando as epidemias e acarretando em extinção dos nativos. Neste contexto surge a enfermagem brasileira, momento em que o país mais necessitava de profissionais qualificados e formação profissional para atender à situação sanitária gerada pelas grandes epidemias (RIZOTTO, 1999).

Tendo início no período colonial, a organização da enfermagem brasileira continuou até o final do século XIX, e ao longo deste, as práticas de saúde permaneceram semelhantes aos séculos anteriores, praticadas por religiosos e escravos, de caráter doméstico e empírico (Kletemberg; Siqueira, 2003), e para o qual a assistência hospitalar era deficiente e um surto epidêmico de doenças como varíola, febre amarela e cólera esteve presente nesta época. A epidemia de febre amarela colocou em risco a vida de milhares de pessoas, em meados do século XIX, momento em que se destacava a organização da higiene pública. Foram reativadas medidas sanitaristas para combater a epidemia, mas essas não causaram grande impacto devido às precariedades da vida da população, tendo o problema persistindo até início do século XX. Diante destes fatos, o sanitarista Oswaldo Cruz foi convidado a organizar uma campanha para controle da febre amarela no Rio de Janeiro e que, tendo

assumido a presidência da Cruz Vermelha, destacou-se por sua atuação na Primeira Guerra Mundial, indo desde a fundação de filiais até a abertura de cursos de voluntárias para exercer o trabalho de enfermagem (TURKIEWICZ, 1995).

Em 1920, como tentativa de reorganizar a saúde pública pela reforma de Carlos Chagas, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública. Na posição de diretor deste departamento, numa ação conjunta com o governo americano, Carlos Chagas enviou para o Brasil enfermeiras que, em 1923, organizaram a primeira escola de enfermagem com o modelo nightingaleano de ensino (Geovanini *et al.*, 2002).

Para Rizotto (1999), a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, atualmente chamada de Escola de Enfermagem Anna Nery, teria sido o marco inicial da enfermagem moderna brasileira. Foi também a primeira a funcionar sob orientação e organizações de enfermeiras, o que não aconteceu com a Escola Alfredo Pinto, que tinha médico e supervisores de hospitais como organizadores da instituição (Kletemberg; Siqueira, 2003). A Escola Anna Nery operacionalizou o redimensionamento do modelo da enfermagem profissional no Brasil, exigindo candidatas com melhor nível de escolaridade. Sua ideologia significava obediência, dedicação e abnegação, constituindo-se traços marcantes na profissão (RODRIGUES, 2001).

A partir da Escola de Enfermagem Anna Nery, o ensino brasileiro foi impulsionado pela organização de escolas. Foi criada pelo Estado, em 1933, a Escola de Enfermagem Carlos Chagas, sendo a primeira a funcionar fora da capital republicana e a diplomar religiosas no Brasil. Posteriormente, considerada a mais antiga escola de religiosas do Brasil, foi fundada por uma filha de caridade, a Escola de Enfermagem Luisa de Marillac, a qual representou um avanço na Enfermagem Nacional, pois abriu suas portas para todas as religiões e jovens estudantes (GEOVANINI *et al.*, 2002).

Na continuidade da criação das escolas de enfermagem brasileira, fundou-se em São Paulo a Escola Paulista de Enfermagem, também caracterizada por acolher outras religiões, tendo representado uma renovação da enfermagem, com inclusão do curso de pós-graduação em Enfermagem Obstétrica, o qual deu origem a outros curso em todo o país. Em seguida, foi fundada a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com colaboração do Serviço Especial de Saúde Pública, que teve a sua primeira turma diplomada em 1946 (GEOVANINI *et al.*, 2002; PAIXÃO, *sd.*).

Posteriormente, o país experimentou a expansão das Escolas de Enfermagem por meio dos cursos oferecidos em outras instituições, públicas ou privadas, atendendo a uma demanda de mercado crescente, em que as profissionais eram buscadas dentro das

universidades e tinham seus empregos garantidos tão logo se formassem. Essa necessidade do mercado, se por um lado contribuiu para o crescimento das instituições formadoras de Enfermeiras, também começou exigir que estas profissionais buscassem se especializar nas diversas áreas que se abriram para o cuidado, entre as quais se destaca a gerência dos serviços, em que a formação curricular formal já não era suficiente para suprir exigências das empresas, fazendo-se necessária a busca por outras fontes de informação e conhecimento.

3.2 A Enfermeira como gerente de serviços

A compreensão da gestão ou administração pode ser alcançada, inicialmente por seus conceitos, os quais significam, a partir do latim, *gestione*, ato de gerir, administração, direção ou *administrare*, que quer dizer exercer (cargo, emprego, ofício); gerir, governar, reger (negócios particulares ou públicos) (GREGORIM, MARTINELLI, TERCIOTTI, 2001).

Buscando sua aplicabilidade no contexto das organizações, Reed (1997) estabelece três abordagens adotadas ao longo do tempo para compreensão da gestão, quais sejam: a técnica, a política e a crítica. Entendendo que tais abordagens, isoladamente, não conseguem integrar as abordagens contextuais, institucionais, estruturais, organizacionais e comportamentais da gerência, propôs ainda uma abordagem alternativa, qual seja a praxeológica.

Na abordagem técnica, a gestão é entendida como instrumento tecnológico neutro e racional, objetivando o alcance dos resultados coletivos preestabelecidos e inatingíveis sem a sua aplicação. A gestão é pressuposta com base em estruturas racionais formalizadas de sistemas de controle capazes de garantir a eficiência sobre a coordenação das ações humanas.

A abordagem política, por sua vez, concebe a gestão como um processo social e enfatiza o conflito de interesses entre grupos nas organizações, as quais são palcos de conflitos entre grupo que disputam entre si os processos decisórios. As estruturas organizacionais são transformadas pelos processos de negociação de interesses políticos.

A terceira e última abordagem, a crítica, pode ser considerada uma alternativa à perspectiva política, em que confere ênfase à ação humana em detrimento aos aspectos institucionais inerentes às estruturas de poder e de controle da economia política de uma dada sociedade. A gestão assume o caráter de mecanismo de controle destinado ao atendimento de imperativos econômicos impostos por um modelo capitalista de produção e para disseminar as estruturas ideológicas por meio das quais as realidades estruturais podem ser ocultadas.

A perspectiva praxeológica, por sua vez, leva em consideração a diversidade empírica e a ambigüidade social que perpassam as práticas de gestão e por meio das quais a ação coletiva torna-se “suficientemente estruturada para assumir, sob a forma de organização do trabalho, um perfil institucional razoavelmente estável e coerente” (Reed, 1997, p. 25). Assim, a perspectiva praxeológica permite incorporar, simultaneamente, à análise da gestão os níveis institucional, organizacional e comportamental, permitindo a junção da ação gerencial, da dinâmica organizacional e do contexto macroestrutural. Desta forma, a gestão é concebida como uma unidade social de interação recíproca, com o objetivo de conjugar as práticas produtivas por meio de um processo de estruturação organizacional, no qual estão presentes regras, recursos e princípios básicos capazes de possibilitar aos gestores mecanismos que lhes permitam o exercício do controle sobre o desempenho dos produtores diretos.

No campo da Enfermagem, a participação da enfermeira na implementação e condução dos novos modelos de gestão em serviços de saúde tem se mostrado relevante elemento na efetivação desses modelos. Neste contexto, o exercício das práticas gerenciais pela enfermeira configura-se como base de um modo de ser e de agir desse grupo profissional, repercutindo nos modos de gestão e nas relações cotidianas entre os integrantes da equipe de saúde (Brito, 2004; Brito *et al.*, 2008). Desta forma, os diversos setores da Saúde, a exemplo dos hospitais, unidades de saúde e do SAMU, caracterizam-se como espaços privilegiados de experiências relacionais de poder e gênero.

No que tange às práticas cotidianas no setor hospitalar, observa-se a participação cada vez mais expressiva, de enfermeiras em cargos gerenciais, tanto no setor público quanto no privado (Brito, 1998; Alves, Brito, 2001). O envolvimento da enfermeira em atividades gerenciais e na realização de atividades burocráticas não é um fato novo da Enfermagem desde a institucionalização da profissão. As atribuições da enfermeira abrangem ainda a realização de atividades assistenciais de maior complexidade, sendo as demais atividades delegadas ao profissional de nível médio (BRITO, 2004; PENNA, *et al.*, 2004).

As autoras reforçam, ainda, que frente aos novos modelos de gestão dos serviços de saúde, há uma tendência na adoção de padrões voltados para o trabalho em equipe. No entanto, em várias situações percebe-se certa falta de clareza por parte da enfermeira, da equipe e dos dirigentes da organização a respeito dos diferentes papéis que devem ser desempenhados pelos diferentes integrantes da equipe, o que frequentemente resulta na sobrecarga de trabalho por parte da enfermeira em função da sobreposição de atividades assistenciais e administrativas, principalmente as de natureza burocrática.

Para Jesus *et al* (2004), o reconhecimento e a reflexão sobre as habilidades e os desafios presentes no novo modelo de gestão hospitalar é fundamental para o desenvolvimento de novos conhecimentos, permitindo aos gerentes do serviço de enfermagem otimizar suas ações, com o intuito de promover um maior alcance da qualidade na assistência à saúde. Da mesma forma, embora o SAMU não seja, do ponto de vista de infra-estrutura, similar ao hospital, sua organização gerencial pode ser aproximada e pensada tomando as experiências ora existentes.

Na atualidade, os campos de atuação da enfermagem vêm ganhando novas perspectivas no mercado de trabalho. O enfermeiro e a equipe de enfermagem estão desempenhando seu trabalho nos diversos campos de atuação, quais sejam: rede Básica de Saúde, atendimento domiciliar, hospitais, entre outros. O enfermeiro desenvolve tarefas nos âmbitos educativo, gerencial, coordenação e implantação da assistência de enfermagem ao paciente, à família e à comunidade de acordo com sua formação e atuação profissional (AVELLO; GRAU, 2005; LEITE; FARO, 2005).

Segundo Freitas, Fugulin e Fernandes (2006), o trabalho do enfermeiro envolve atribuições gerenciais que exigem dos profissionais conhecimentos e competências que o habilitem para participar dos processos decisórios e para assumir papel relevante no direcionamento das políticas de recursos humanos dentro das instituições de saúde. O trabalho realizado pela equipe de enfermagem tem papel importante na organização dos serviços de saúde no Brasil, principalmente no atendimento direto ao paciente em instituições hospitalares (BORGES; MORAIS, 2007).

A preparação do enfermeiro para que aceite as imposições que lhes serão feitas no ambiente de trabalho age como um facilitador em sua inserção. Tanto a prática como teoria são essenciais para o contexto da profissão, mas não é a falta de uma delas que melhorará a formação do enfermeiro. A capacitação não é o principal requisito para uma boa ocupação no mercado de trabalho, mas além do aprendizado deve-se somar a visão crítica do enfermeiro considerando todos os aspectos do ensino (ITO *et al*, 2006; RODRIGUES; ZANETTI, 2000).

É evidente a divisão do trabalho quando enfermeiros relatam que a escola prepara o profissional para prestar assistência e que o mercado de trabalho espera um administrador e gerente. Existe sim esta distância entre o que o profissional encontra e o que é visto na graduação, mas o problema muitas vezes não está na educação, e sim nas instituições que contratam estes profissionais, as quais atribuem funções de gerenciamento não relacionadas à assistência de enfermagem (RODRIGUES; ZANETTI, 2000).

Nesta perspectiva, reunir as habilidades de um líder – desenvolvidas na formação acadêmica, às várias atividades administrativas e gerenciais exercidas pelo enfermeiro no cotidiano de trabalho pode contribuir frente à competitividade no mercado de trabalho. A motivação no ambiente de trabalho também é fundamental para o andamento das atividades e esta é desencadeada pela própria personalidade e modo de pensar, alcançando maior referencial teórico para exercer a liderança em seu cotidiano de trabalho (VICTOR; DIAS, 2003).

Assim, a qualificação dos profissionais torna-se necessária para atender as exigências do mercado de trabalho e ampliar a qualificação técnica, ética, política, de comunicação e interpessoal é o grande desafio para a ocupação de espaços pela Enfermagem (ITO *et al.*, 2006).

O cenário atual aponta para mudanças sensíveis no mercado de trabalho, as quais sinalizam o surgimento de novas oportunidades, o que se reflete também na enfermagem, fazendo-se necessária a busca pela atualização, principalmente por aqueles profissionais que exercem funções de liderança ou gerência, de modo que correspondam às exigências deste mercado, que a um mesmo tempo o acolhe, mas pode excluí-lo.

Desta forma, frente às atividades gerenciais, a tomada de decisões torna-se algo de grande importância, na medida em que afeta os processos de produção assim como os produtos do sistema e, sem deixar de implicar naqueles que fazem o processo acontecer.

Para Trevizan, Mendes e Lourenço (2002) a gerência e a liderança têm representado um desafio a ser enfrentado pelos serviços de atenção à saúde em nosso meio, especialmente pelos serviços de enfermagem. Sena *et al* (2002) discorrem que as organizações, que antes eram pautadas no modelo de administração clássica com característica de rigidez estrutural, em que predominava a autoridade, a centralização do poder, a especialização do trabalho e a hierarquia, deram lugar à flexibilização do processo de trabalho.

De acordo com Santos (2006), as diversas mudanças no cenário de produção de saúde atual exigem um gestor contemporâneo, capaz de assimilar as necessidades, complexidades e diversidades deste tempo. Alguém que possa recuperar as boas coisas do passado, porém, mais do que isso, que possa gerenciar o conhecido, o desconhecido, o objetivo, o subjetivo, o fácil, o difícil, com as pessoas e não para e sobre elas.

As organizações, incluindo as de saúde, vivem a crise econômica, gerando ampla demanda por uma gestão eficiente, que administre a escassez de recursos e o desenvolvimento de programas sociais e promova maior articulação com os diferentes grupos sociais. Com

isso, surge a sobrecarga de demandas, tornando necessárias melhorias da capacidade gerencial das instituições e/ou organismos que tratam das políticas públicas. Portanto, para atender às demandas atuais acima descritas, as instituições exigem dos seus colaboradores, um perfil profissional em constante desenvolvimento para acompanhar as inovações tecnológicas, com potencial para resolução de problemas, capacidade de negociação, proativo. Dessa forma, também, no que diz respeito às organizações de saúde, exige-se atualmente um perfil de enfermeiro que requer agilidade e decisões assertivas, criativas, inovadoras, agregando valor econômico à empresa e social ao indivíduo (MARTINS *et al.*, 2006).

No que se refere aos modelos de gestão e aos processos gerenciais, Merhy (1997) destaca algumas interrogações que podem ser balizadoras para o modo de trabalho dos trabalhadores e, em particular, para os gestores em saúde, quais sejam: “como”, “o que” e “para que” se está trabalhando. Neste sentido, o ‘como’ se desenha dentro da necessidade local, temporal e daquele coletivo de indivíduos; o ‘que’ é evidenciado nos resultados alcançados por este modo de trabalhar que devem ser conhecidos e avaliados na busca da melhoria contínua das ações de saúde; o ‘para que’, por sua vez, traz a resposta (ou não) aos interesses do grupo com o qual se está trabalhando, que deve estar numa conjunção ética e política. Desta forma, é preciso que o enfermeiro, assim como os demais sujeitos envolvidos nos processos de gestão desenvolva estratégias de resposta a estas inquietações para que compreendam o contexto no qual estão inseridos.

Os atuais modelos de gestão, marcados principalmente pela descentralização administrativa, pela criação de equipes semi-autônomas, pela participação e ênfase no trabalho em equipe, têm apontado para a necessidade de adoção de métodos e estratégias que permitam a compreensão dos processos e contextos administrativos nos quais os diferentes atores sociais encontram-se inseridos.

Spagnol (2005) também reconhece quatro grupos de atividades essenciais que norteiam a Enfermagem, quais sejam: assistencial, gerencial, educativa e de pesquisa. E acrescenta que, no cotidiano de trabalho, estas atividades não podem ser desenvolvidas separadamente, pois a intersecção entre elas é um fator importante para prestar assistência de enfermagem de forma segura e livre de riscos à população. No que se refere à ação gerencial especificamente, este profissional vem ganhando destaque, uma vez que assume um papel de fundamental importância na articulação entre os vários profissionais da equipe, além de organizar o processo de trabalho da enfermagem, busca concretizar as ações a serem realizadas junto com clientes, que recorrem a estes serviços para atender às suas necessidades de saúde-doença. Para tal, o enfermeiro ainda utiliza métodos e estratégias de gestão

tradicionais, oriundos da teoria clássica da administração, modelo que foi determinado historicamente por fatores econômicos, sociais e culturais e que, ao mesmo tempo, contribuem tanto para o delineamento das práticas gerenciais dos enfermeiros quanto para a construção de sua identidade.

O trabalho realizado pela equipe de enfermagem segundo Borges e Morais (2007), tem papel importante na organização dos serviços de saúde no Brasil, principalmente no atendimento direto ao paciente em instituições hospitalares. Diante desta situação, observa-se que os serviços prestados em muitas situações é deficiente devido às condições de vida e de trabalho às quais estão submetidos a maioria dos trabalhadores de enfermagem, favorecendo o descontentamento da equipe, dos pacientes e suas famílias. O número insuficiente de trabalhadores é um fator que associado às funções repetidas, ritmo intenso e excessivo de trabalho, esforços físicos desgastantes, longas jornadas de trabalho, monotonia, posições incômodas e anti-ergonômicas, no trabalho em turnos exaustos, nos rodízios e na separação do trabalho intelectual e manual podem contribuir para elevação dos níveis de absenteísmo e desorganização do serviço.

Nas interfaces do trabalho em saúde, todas estas questões devem ser levadas em consideração e ainda, acrescidas das relações de poder. De acordo com Melo (1995) o poder deve ser considerado como constituído dos seguintes elementos: a ação, o uso de instrumentos e de recursos; a norma para a sua execução e, por último, o objetivo ao qual se destina a ação. São relacionadas duas formas específicas de poder no âmbito da saúde: o poder técnico e o poder administrativo.

O poder técnico é entendido como o campo dos conhecimentos utilizados para o funcionamento da Saúde e o campo das atividades consideradas como processos que manejam recursos e que definem o poder administrativo. Este, por sua vez, é considerado o elemento central organizador dos diversos sub-setores da saúde (MELO, 1995).

Em seu cotidiano de trabalho, as enfermeiras têm lançado mão do poder técnico na busca da legitimação social dos seus saberes próprios por meio das teorias de enfermagem e do exercício do poder do espaço físico nos quais assumem posições de liderança da equipe de enfermagem ou chefias de serviços. Esse poder técnico tem sido exercido com o objetivo de legitimar a autoridade por meio da dominação, assim como para legitimar um processo de trabalho fragmentado. O poder administrativo, por sua vez, tem sido utilizado de forma incipiente pelas enfermeiras e as decisões não as têm envolvido diretamente. Contudo, pode-se considerar que as enfermeiras exercem o poder administrativo num sentido mais amplo, expresso na execução de atividades relacionadas com o manejo de recursos em geral, sendo

um aspecto significativo das práticas das enfermeiras em seu papel de gerenciadora de recursos e do processo de trabalho da Enfermagem (MELO, 1995). O entendimento, assim como o uso dos poderes no âmbito da saúde, se converte em instrumento que contribui para o delineamento da identidade das enfermeiras no desempenho de ações gerenciais.

3.3 A identidade da enfermeira-gerente

A enfermagem se caracteriza como uma profissão fundamentalmente feminina. Assim, é importante considerar a imagem que se tem sobre este profissional, que vai muito além daquela de simples cuidador. A imagem profissional, de acordo com Kemmer e Silva (2007) remete-nos à própria identidade profissional, em sua intrincada rede de significados que se pretendem exclusivos e, portanto, inerentes àquela profissão. A imagem profissional se consubstancia, assim, na representação da identidade profissional.

No setor hospitalar, os novos modelos de gestão têm exigido novas posturas por parte dos gestores e, portanto, o desenvolvimento de novas competências que contribuam para a ampliação da visão da organização bem como para o reconhecimento das potencialidades dos profissionais que integram a equipe de saúde. Assim, observa-se a necessidade eminente de profissionalização da gerência, sobretudo na área da saúde, apontando, segundo Ciampa (2001) e Jacques (2001) para uma configuração identitária em metamorfose, influenciada por questões mais abrangentes e complexas, tais como as relações de poder, gênero e a cultura que permeiam as organizações de saúde.

Embora a Enfermagem se caracterize como uma ocupação remontada desde os tempos antes de Cristo, uma vez que suas bases residem no cuidado, sua profissionalização e reconhecimento vem se dando de modo gradual, porém hoje já significativo.

Para Dubar (2005), o termo identidade ressurgiu do vocabulário das ciências sociais e na linguagem corrente, da mesma forma que a expressão Crise das Identidades, sem que se soubesse com clareza, o real conteúdo destas expressões. No entanto, o autor esclarece que a identidade de uma pessoa é aquilo que ela tem de mais precioso e a perda dessa identidade representa alienação, sofrimento, angústia e morte. O termo identidade tem sua origem no latim, referindo-se “ao conjunto de caracteres próprios exclusivos de uma pessoa, como o nome, idade, estado, profissão, sexo, defeitos físicos, impressões digitais, entre outros” (Ferreira, 1986, p.913). Sendo exclusivos de determinada pessoa, devem ser considerados quando ela precisa ser reconhecida, ou ainda, pode significar a consciência que uma pessoa tem de si mesma (GREGORIM, MARTINELLI, TERCIOTTI, 2001).

No sentido filosófico, de acordo com Oliveira (2006), a construção da identidade é cultural por considerar o feixe de representações, de símbolos, de imaginário, de atitudes e referências suscetíveis ao corpo social. Ao mesmo tempo, encaminha-nos para refletir sobre um tema de magno interesse nos dias atuais, o processo de formação acadêmica e de trabalho em Enfermagem, conforme os requisitos de transformação qualitativa da assistência à saúde, concebida a partir da compreensão do lugar social das enfermeiras e da identidade que elas vão construindo ao longo de sua trajetória acadêmica e profissional.

Neste sentido, torna-ser pertinente fazer alusão ao pensamento de Gadotti (1991, p.2), o qual expõe que “na identidade existe uma relação de igualdade que cimenta um grupo, igualdade válida para todos os que a ele pertencem. Porém, a identidade se define em relação a algo que lhe é exterior, diferente”, entendendo a identidade como algo inerente a um sentimento que confira pertença a determinados grupos e exclusão de outros.

Nesta perspectiva, discorrer sobre identidade permite compreender um tema atual, situado no âmbito das discussões alusivas à teoria social relativa ao processo de construção de novas identidades no mundo moderno. Para Oliveira (2006, p.61), “ao trabalhar com a identidade mantêm-se acesas as interfaces de um objeto que não se constitui sozinho, mas em constante movimento de troca sócio-histórica e cultural”.

Nesse movimento interpretativo, o importante é unificar pontos de consenso, afinidades, revelar elementos isolados e particulares, para propor correspondências substanciais, em quaisquer níveis em que ocorra e assim possibilitar a compreensão um pouco melhor das diversas fisionomias profissionais, considerando que as pessoas integram-se em diferentes grupos sociais, assumindo distintas identidades coletivas, relacionando-se mais com determinadas ideologias, crenças, filosofias e políticas do que com outras (OLIVEIRA, 2006).

Ghadiri e Davel (2006) fazem a leitura da identidade como sendo algo fluido, dinâmico, em constante processo de construção e reformulação, vinculada a contextos organizacionais, os quais também se caracterizam fluidos e flexíveis. Assim, a identidade nas organizações pode ser concebida como “um resultado pontual, parcial, contextual e temporário de um contínuo processo de reconstrução” (p.3). Desta forma, a identidade é gerada por um processo de “confronto com o outro em percepção, por meio de um conjunto percebido de textos, ações, imagens e situações” (p.4). As evocações geradas a partir deste confronto constituem o que o autor denomina o outro em evocação, o que por sua vez leva à reconsideração da identidade do outro, criando o outro em reconstrução, estes, por sua vez, influenciarão a percepção e interpretação do outro em percepção. Deste modo, a identidade é

um eterno vir-a-ser (Brito, 2004), em constante mutação, na medida em que interfere e sofre interferências do meio, quer social, quer familiar, quer organizacional em que os sujeitos se inserem.

Brito (2004), ao discorrer sobre as concepções de identidade revela que o tipo de identidade manifesta pelo sujeito guarda relação com sua origem e forma de constituição da sociedade. A identidade, assim, é algo que se traduz como a localização de uma pessoa em um determinado espaço social, detendo um componente pessoal (personalidade) e outro social (baseado no processo de auto-categorização). Estudos desenvolvidos por Ghadiri e Davel (2006) não só reforçam as idéias de Brito, como acrescentam que a avaliação de uma pessoa feita por si mesma, também é influenciada pelo grupo ao qual pertence, o que remete à natureza relacional da identidade.

A análise das diferentes identidades nas organizações, de acordo com Brito (2004), deve ser tomada como referência no contexto social, evidenciando as circunstâncias sócio-históricas que originaram as identidades relevantes. Nesta perspectiva, Dubar (2005, p. 13) aponta que

a identidade humana não é dada de uma vez por todas, no ato do nascimento: constrói-se na infância e deve reconstruir-se sempre ao longo da vida. O indivíduo nunca a constrói sozinho: ela depende tanto dos julgamentos dos outros como das suas próprias orientações e autodefinições. A identidade é um produto de sucessivas socializações.

Transpondo para o espaço da enfermagem, Bellato e Pereira (2006) discorrem sobre a dialética questão estabelecida entre aquilo que somos, aquilo que nos dizem que somos e aquilo que queremos ser; o que nos faz agir e reagir, modificando nossa prática frente às adversidades do cotidiano, levando à manutenção de alguns valores culturalmente arraigados em detrimento de outros que se apresentam como pouco representativos de sua identidade como grupo.

Nesta perspectiva, reporta-se a importância de que a identidade seja compreendida como algo que ultrapassa os limites da subjetividade, que se pretende (re) construída a cada momento, na medida em que novas situações se colocam aos sujeitos; revelando sua flexibilidade e a necessidade de que seja estudada dentro de um contexto sócio-político, cultural e, até mesmo econômico. Desta forma, considerando a natureza social, histórica e dinâmica da identidade (Hall, 1999; Nkomo e Cox Jr., 1999; Brito, 2004), deve-se entendê-la

como sujeita a transformações e, portanto, pensada nos níveis individual, grupal, organizacional e social (NKOMO; COX JR., 1999).

Retoma-se então à crise de identidade (Dubar, 2005), a qual é considerada parte integrante de um processo de mudança mais amplo, que por sua vez vem promovendo um movimento de deslocamento das estruturas e processos centrais das sociedades modernas e abalando os quadros de referência que dava aos indivíduos uma estabilidade no mundo social, o que tem levado à fragmentação ou colapso das identidades (HALL, 1999).

Ainda de acordo com Dubar (2005), é por meio da crise das identidades que as configurações identitárias têm sofrido modificações. Sua análise da identidade no campo sociológico assume relevância na medida em que se sustenta na discussão da socialização como forma de construção das identidades sociais e profissionais. Nesta proposta, a identidade não pode sofrer distinções entre sua face individual e coletiva, de forma que a identidade social é entendida como a articulação entre uma transação interna ao indivíduo e uma externa, estabelecida entre o indivíduo e as instituições com as quais interage.

Deste modo, entendendo as enfermeiras que atuam na gerência do SAMU 192, como um grupo com suas particularidades e potencialidades, constituindo um espaço à exploração do conhecimento é que se justifica a busca pelo conhecimento de sua “identidade cultural comunitária” (Demo, 2005, p.14), sendo este um tema relevante à dimensão qualitativa. Importa, muito mais, saber quem são e como se configuram no espaço de trabalho (Demo, 2005), identidade, relações de gênero e poder, do que propriamente, quantas são ou qual seja a faixa etária predominante. Desta forma, quanto à identidade cultural comunitária

é muito complexo defini-la, até porque não é questão de definição, mas de vivência. Sem identidade cultural não há propriamente comunidade, porque seria tão-somente, um bando de gente. A razão histórica e concreta da coesão do grupo é o baú do qual se retira a fé e suas potencialidades, o horizonte do qual provém a envolvimento solidária, o fruto da comprovação da capacidade histórica de sobreviver e de criar (p.15).

O autor alude à identidade cultural como algo que transpareça em certas manifestações: “língua comum, festas, sistemas de vizinhança, expressões artísticas, jogos, etc.”, mas que em sua essência conforma-se como algo imaterial, não palpável, o que, no entanto, não a torna menos forte ou imponente. Tratando-se, desta forma a uma questão muito mais intensa do que extensa e, em função desta característica que os grupos ou comunidades se organizam, atravessam crises, planejam ou desvelam seus próprios caminhos a trilhar (DEMO, 2005), ou seja, explicita suas singularidades, aquilo que as diferencia dos demais.

A construção da identidade, de acordo com Brito, Gazzinelli e Melo (2006), correlaciona-se de modo direto com o ato de cuidar, constituindo um desafio para a enfermagem no exercício da gerência, uma vez que este profissional vem ampliando seu espaço de atuação em organizações com novas configurações e arranjos estruturais.

Desta forma, o processo de construção de identidades inclui três diferentes estágios, descritos por Brito (2004), a saber: crise de identidade, transição ou elaboração e equilíbrio ou estabilidade.

A fase de crise é marcada pela dicotomia entre o assistir e o gerenciar. Sua existência decorre do movimento e dinâmica de desestruturação/ reestruturação das identidades, de modo que cada configuração identitária tem hoje uma forma mista no interior da qual as antigas identidades entram em conflito com as novas exigências da produção e onde as antigas lógicas que perduram entram em combinação e, por vezes, em conflito com as novas tentativas de racionalização econômica e social (BRITO, GAZZINELLI e MELO, 2006).

Ainda segundo as autoras, para que mudanças se instalem no processo de conhecimento são necessárias perturbações, as quais geram conflitos ou crises, mas estas por sua vez precisam estar em estado de equilíbrio tal com aquilo que está posto, para que não conduza a situações nem de repulsa nem de imposição do novo, mas de agregação do mesmo ao antigo. Caso contrário, permanecendo em crise, o sujeito passa a se desconhecer, numa condição em que se impõe o novo e nega o antigo. Desta forma, o novo pode atuar como barreira ou ameaça à construção de um conhecimento mais elaborado, expondo as fragilidades daquilo que é tido como certo e imutável frente a este mesmo novo (BRITO, GAZZINELLI e MELO, 2006).

A fase de elaboração, por sua vez, se apresenta mais permissiva. O novo aparece aqui como algo passível de experimentação, em que o sujeito pode se deixar contagiar por ele, sem que, para tal, tenha que abrir mão de seus pressupostos. Reconhece-se a existência de lacunas abertas à incorporação deste novo, de modo complementar, ou ainda, permite que haja subtrações, se estas se fizerem necessárias sem, contudo, corromper aquilo que se encontra posto (BRITO, 2004; BRITO, GAZZINELLI, MELO, 2006).

Nesta fase, abre-se espaço às reflexões sobre impactos ou necessidades do novo. As contradições são permitidas. Entra em ação um processo de concordância ou combinações de diferentes esquemas em resposta às perturbações. Inicia-se então a etapa de assimilação, na qual há incorporação de um dado a um esquema previamente concebido. Em seguida, tem-se a acomodação, em que os esquemas mentais são reestruturados para comportar este novo.

Desta forma, a fase de transição aparece marcada pela adaptação à nova função, tanto por parte das próprias enfermeiras quanto pelos funcionários que com ela compartilham o cotidiano de trabalho (BRITO, 2004; BRITO, GAZZINELLI, MELO, 2006).

A educação, neste contexto, é compreendida como espaço de reflexão sobre o próprio trabalho, incluindo a história de vida, as experiências e os contextos que antecederam a escolha da profissão, bem como os momentos de exercício profissional ao longo da carreira, as condições e os contextos nas quais tais momentos se efetivam. Isso ressalta a importância do debate teórico, das melhorias e adequações não só na formação inicial dos enfermeiros, mas também nas oportunidades de continuidade e aprofundamento dessa formação ao longo da vida profissional (BRITO, GAZZINELLI, MELO, 2006).

A compreensão da identidade da enfermeira-gerente a partir de suas práticas gerenciais permite estabelecer uma análise que transcenda os tradicionais arquétipos que historicamente influenciaram a imagem social da enfermeira. No campo do SAMU, declaradamente novo e em fase embrionária, os profissionais que assumem cargos de gerência necessitam fazer o que sabem e aprender aquilo que ainda não têm habilidade para fazer, o que implica em um processo de constante aprendizado e enfrentamento de novos desafios, de modo a transformar a gerência no instrumento para efetivação de políticas, uma vez que ela é ao mesmo tempo determinada e determinante dos processos de produção de serviços (PENNA *et al.*, 2004). Desta forma, frente às mudanças organizacionais e aos processos de construção das identidades, o SAMU 192 se situa como plano contextual para que a identidade da enfermeira-gerente se construa, num movimento de repetidas rupturas e continuidades, de modo que não se torne estanque.

4 PANORAMA DO SAMU 192 NO BRASIL

As causas externas, já há algum tempo, configuram-se como principal fator de morbimortalidade no Brasil, com significativos impactos na qualidade de vida da população, estando intimamente relacionada às questões de urgência ligadas aos traumas e violência. Até que se chegasse à implantação e funcionamento da Rede Nacional SAMU-192, um importante caminho foi percorrido, tendo início em 2001, com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Brasil, Portaria GM 737/2001). Em 2002, a Portaria, GM 2048, instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; e, em 2003, por meio da Portaria GM 1863, foi criada a Política Nacional de Atenção às Urgências, sendo referência técnica, organizacional e administrativa e tendo como finalidade a proteção da vida das pessoas e a garantia à qualidade do atendimento no SUS. O quadro I relaciona as principais Portarias que regulamentam o processo de criação e implantação do SAMU-192.

QUADRO I

PRINCIPAIS PORTARIAS REGULAMENTADORAS DO SAMU-192

<i>Portaria GM N.º 2.048, de 5 de novembro de 2002</i>	<i>Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.</i>
<i>Portaria GM N.º 1.863, de 29 de setembro de 2003</i>	<i>Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.</i>
<i>Portaria GM N.º 1.864, de 29 de setembro de 2003</i>	<i>Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192.</i>
<i>Portaria GM N.º 2.072, de 30 de outubro de 2003</i>	<i>Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.</i>
<i>Portaria GM N.º 1828 de 2 de setembro de 2004</i>	<i>Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.</i>
<i>Portaria GM N.º 2.420, de 9 de novembro de 2004</i>	<i>Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.</i>
<i>Portaria GM N.º 2.657, de 16 de dezembro de 2004</i>	<i>Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.</i>

O SAMU 192 encontra-se distribuído por todo o território nacional, embora se observe uma tendência a algumas áreas de maior concentração, principalmente nas regiões sul e sudeste, sendo estas bastante dissonantes da realidade encontrada nas regiões norte e centro-oeste.

Conforme observado na tabela 1, o SAMU tem experimentado um crescimento significativo desde a sua implantação em 2004, quando contava com 27 unidades distribuídas em pontos estratégicos do território nacional. Tem-se nada menos do que 5,4 vezes mais unidades instaladas desde então, representando um crescimento da ordem de mais de 540%. Atualmente, apenas o Estado de Roraima permanece sem nenhuma unidade instalada e três Estados já dispõem de “Ambulanchas” do SAMU para auxiliar no atendimento às vítimas de acidentes marítimos, quando necessário.

TABELA 1
Distribuição das unidades implantadas de SAMU 192 no Brasil segundo região e média por UF. Brasil, 2007-09

REGIÃO	2007		2008		2009	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Sudeste	37	32,7%	46	35,9%	50	34,2%
Nordeste	39	34,5%	20	15,6%	48	32,9%
Sul	20	17,7%	40	31,3%	22	15,1%
Centro-oeste	08	7,1%	11	8,6%	15	10,3%
Norte	09	8,0%	11	8,6%	11	7,5%
TOTAL	113	100,0%	128	100,0%	146	100,0%
MÉDIA POR REGIÃO		22,6		25,6		29,2
Crescimento desde 2004 (27 unidades)		418,5%		474,1%		540,7%

Fonte: Elaborado com base no Ministério da Saúde, 2007-2009.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2007, o SAMU-192 estava distribuído em 25 dos 26 estados brasileiros (96,15%), e ainda uma unidade na Capital Federal, que no total somavam 114 unidades distribuídas pelo Brasil, numa abrangência de 926 municípios, representando aproximadamente 92,7 milhões de habitantes cobertos pelo serviço (Brasil, 2007). Passados dois anos, são contabilizadas 146 unidades, atendendo a 1.269 municípios, com uma cobertura superior a 100 milhões de pessoas (BRASIL, 2009).

Os Estados de Minas Gerais e São Paulo são os que abarcam maior número de unidades, correspondendo juntos a 92% e 31,5% das unidades implantadas, na região sudeste e Brasil, respectivamente. A situação de Minas Gerais, em particular, em 2006, dois anos após o início da implantação do serviço, configurava-se como um espaço em que as 13 unidades implantadas atendiam, no total, a uma população de 5.645.751 habitantes (Datusus, 2006), com média que ultrapassa a marca de 430 mil habitantes atendidos por serviço implantado

(TAB. 2). Em 2009, as 15 unidades implantadas oferecem cobertura a uma população superior a 7,6 milhões de habitantes, com média superior a 500 mil habitantes por unidade instalada.

TABELA 2
População estimada segundo município coberto pelo SAMU-192 em Minas Gerais, 2006/09.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ESTIMADA	
	ANO 2006	ANO 2009
Belo Horizonte	2.399.920	2.635.444
Contagem	603.376	779.981
Juiz de Fora	509.125	513.348
Betim	407.003	437.312
Montes Claros*	348.991	1.548.933
Governador Valadares	259.405	260.396
Ipatinga	236.463	238.397
Sete Lagoas	215.069	217.506
Poços de Caldas	154.477	144.420
Patos de Minas	139.354	133.111
Barbacena	124.601	118.720
Ouro Preto e Mariana	122.073	119.640
Itabira	107.721	105.199
Itaúna	-	81.878
Uberaba	-	287.760
TOTAL	5.627.578	7.622.045
<i>Relação população coberta/serviço implantado</i>	<i>432.891</i>	<i>508.136</i>

*Atualmente denominada Norte de Minas.

Fonte: Elaborado com base no IBGE - Estimativas populacionais para o ano de 2006. Datasus, 2006 e dados disponibilizados pelo MS em 2006 e 2009.

No que tange à organização dos serviços, os mesmos dispõem de três esferas de coordenação, quais sejam: coordenador geral, coordenador médico e coordenador de enfermagem. Os três níveis respondem hierarquicamente às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e, em alguns municípios, há ainda uma esfera intermediária de Coordenação, que corresponde à Secretaria Municipal de Atenção às Urgências. Neste aspecto, já é possível identificar a inserção das questões de gênero, conforme explicitadas na TAB. 3, a qual revela participação mais expressiva da mulher junto à coordenação da equipe de enfermagem, ainda que se observe a participação masculina neste campo, tem-se aqui a reprodução de um fato já firmado historicamente, desde os primeiros registros da enfermagem como profissão.

TABELA 3
Distribuição das esferas de coordenação do SAMU-192, segundo região e gênero, Brasil, 2007.

REGIÃO	FA	TOTAL	SEXO MASCULINO				SEXO FEMININO			
			FA	FR ¹	FR ²	FR ³	FA	FR ¹	FR ²	FR ³
COORDENAÇÃO GERAL										
TOTAL	128	100,0%	84	65,6%	100,0%	65,6%	43	33,6%	100,0%	33,6%
NORDESTE	40	31,3%	22	55,0%	26,2%	17,2%	18	45,0%	41,9%	14,1%
SUDESTE	46	35,9%	33	71,7%	39,3%	25,8%	12	26,1%	27,9%	9,4%
NORTE	11	8,6%	05	45,5%	6,0%	3,9%	06	54,5%	14,0%	4,7%
SUL	20	15,6%	14	70,0%	16,7%	10,9%	06	30,0%	14,0%	4,7%
CENTRO-OESTE	11	8,6%	10	90,9%	11,9%	7,8%	01	9,1%	2,3%	0,8%
COORDENAÇÃO MÉDICA										
TOTAL	128	100,0%	106	82,8%	100,0%	82,8%	21	16,4%	100,0%	16,4%
SUL	20	15,6%	13	65,0%	12,3%	10,2%	07	35,0%	33,3%	5,5%
NORDESTE	40	31,3%	34	85,0%	32,1%	26,6%	06	15,0%	28,6%	4,7%
NORTE	11	8,6%	07	63,6%	6,6%	5,5%	04	36,4%	19,0%	3,1%
SUDESTE	46	35,9%	41	89,1%	38,7%	32,0%	04	8,7%	19,0%	3,1%
CENTRO-OESTE	11	8,6%	11	100,0%	10,4%	8,6%	00	0,0%	0,0%	0,0%
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM										
TOTAL	128	100,0%	26	20,3%	100,0%	20,3%	97	75,8%	100,0%	75,8%
SUDESTE	46	35,9%	11	23,9%	42,3%	8,6%	34	73,9%	35,1%	26,6%
NORDESTE	40	31,3%	08	20,0%	30,8%	6,3%	31	77,5%	32,0%	24,2%
SUL	20	15,6%	02	10,0%	7,7%	1,6%	15	75,0%	15,5%	11,7%
NORTE	11	8,6%	02	18,2%	7,7%	1,6%	09	81,8%	9,3%	7,0%
CENTRO-OESTE	11	8,6%	03	27,3%	11,5%	2,3%	08	72,7%	8,2%	6,3%
COORDENAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE										
TOTAL	128	100,0%	88	68,8%	100,0%	68,8%	38	29,7%	100,0%	29,7%
NORDESTE	40	31,3%	26	65,0%	29,5%	20,3%	14	35,0%	36,8%	10,9%
SUDESTE	46	35,9%	34	73,9%	38,6%	26,6%	11	23,9%	28,9%	8,6%
SUL	20	15,6%	13	65,0%	14,8%	10,2%	07	35,0%	18,4%	5,5%
NORTE	11	8,6%	07	63,6%	8,0%	5,5%	04	36,4%	10,5%	3,1%
CENTRO-OESTE	11	8,6%	08	72,7%	9,1%	6,3%	02	18,2%	5,3%	1,6%

Fonte: Elaborado com base no Ministério da Saúde, 2008.

Legenda: FA: frequência absoluta; FR¹: frequência relativa com base no total de unidades de SAMU na região; FR²: frequência relativa com base no total de cargos de gerência por gênero; FR³: frequência relativa com base no total de cargos de gerência para a esfera analisada.

De um modo geral, observa-se a predominância do sexo masculino ocupando a maioria dos cargos de gerência em todos os níveis, à exceção da Coordenação de Enfermagem, para a qual não chega a 21%. De acordo com Betts (2000), vive-se em uma sociedade patriarcal, em que o espaço público é dominado pelo homem, com todas as suas prerrogativas e privilégios negados às mulheres, porém, “a ordem masculina dominante há milênios, começa a deixar progressivamente de ser a referência hegemônica na cultura e no exercício do poder, abrindo novos espaços para a mulher” (p.99).

Assim, considerando-se a franca expansão da ocupação de cargos de gerência pelas mulheres, tece-se uma breve análise sobre sua inserção neste cenário, no qual já

representa pelo menos um terço dos cargos ocupados, em média. Contudo, em algumas regiões esta inserção se dá de modo mais expressivo, a exemplo dos 54,5% e 45,0% dos cargos de coordenação geral do serviço, nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente. A coordenação médica, por sua vez, tem sua maior expressão nas regiões Norte e Sul, com pelo menos 35% dos cargos.

No que se refere à Coordenação de Enfermagem, em todas as regiões, pelo menos 72% dos cargos são ocupados por mulheres. Contudo, as esferas médica e da SMS chamam a atenção para a situação da região Sudeste, que não obstante seja uma das mais desenvolvidas do país, técnica, científica e economicamente, também é aquela em que a mulher tem menor representação na ocupação de cargos de gerência (8,7% e 23,9%, respectivamente), o que vem ao encontro a Davel e Melo (2005), os quais afirmam que as sociedades capitalistas foram construídas com base em uma divisão sexual do trabalho, fato que se reproduz nas empresas, implicando em um dificultador quanto à inserção e ação das mulheres na função gerencial.

Uma análise conjunta das quatro esferas de coordenação descritas (TAB. 4) revela que a realidade brasileira aponta para a tendência crescente de ocupação dos cargos de chefia por mulheres em relação aos homens, em que as primeiras já ocupam quase 40% das vagas existentes. As representações femininas para as regiões Nordeste e Centro-oeste, em especial, chamam a atenção por representarem, respectivamente, os campos de maior e menor inserção da mulher em cargos de gerência. Dos 512 postos de gerência da rede nacional do SAMU-192 estudados, 304 (59,4%) são ocupados por homens e 199 (38,9%) por mulheres. O restante (1,7%) não consta nos registros do MS. Nas cinco regiões, a inserção masculina, no montante de cargos de gerência, oscila entre 4,1% e 23,2%, já para as mulheres a variação se instala entre 2,1% e 13,5%.

TABELA 4
Distribuição do montante de cargos de gerência no SAMU-192, segundo região e gênero.
Brasil, 2008.

TOTAL DE CARGOS NAS QUATRO ESFERAS DE COORDENAÇÃO										
REGIÃO	FA	TOTAL	SEXO MASCULINO				SEXO FEMININO			
			FA	FR ¹	FR ²	FR ³	FA	FR ¹	FR ²	FR ³
TOTAL GERAL	512	100,0%	304	59,4%	100,0%	59,4%	199	38,9%	100,0%	38,9%
NORDESTE	160	31,3%	90	56,3%	29,6%	17,6%	69	43,1%	34,7%	13,5%
SUDESTE	184	35,9%	119	64,7%	39,1%	23,2%	61	33,2%	30,7%	11,9%
SUL	80	15,6%	42	52,5%	13,8%	8,2%	35	43,8%	17,6%	6,8%
NORTE	44	8,6%	21	47,7%	6,9%	4,1%	23	52,3%	11,6%	4,5%
CENTRO-OESTE	44	8,6%	32	72,7%	10,5%	6,3%	11	25,0%	5,5%	2,1%

Fonte: Elaborado com base no Ministério da Saúde, 2008.

Atualmente, tem se constatado o efetivo envolvimento da enfermeira em atividades tipicamente gerenciais. Em estudo sobre sua participação em cargos gerenciais de grande e médio porte da rede privada de Belo Horizonte, Brito e Melo (2001) verificaram que dos 413 enfermeiros contratados pelos hospitais, 209 assumiam funções gerenciais, por meio de 204 desenvolviam atividades ligadas à prestação do cuidado direto ao cliente. No entanto, grande parte das ações elencadas como relativas à prestação do cuidado, possuíam cunho essencialmente burocrático.

Outro aspecto que merece destaque, de acordo com Brito (2004) é o fato do exercício das práticas gerenciais por parte das enfermeiras não se restringir ao espaço hospitalar ou às instituições da rede privada. Estudo sobre o gerenciamento da Rede Básica dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte, Alves e Brito (2001) evidenciaram que, em relação aos gerentes de Centros de Saúde, 49% eram enfermeiros.

A Tabela 5 pontua a situação do Estado de Minas Gerais, o qual se desvela como cenário proposto para o estudo em tela, em que a mulher ocupa mais de 60% dos cargos de coordenação de Enfermagem. Quanto à coordenação geral e da equipe médica, sua inserção é ainda pequena, atingindo algo em torno de 14% e 7%, respectivamente, sugerindo que sua introdução nestes setores vem acontecendo de modo gradual.

TABELA 5
Distribuição das linhas de coordenação do SAMU-192, em Minas Gerais, segundo gênero.

CARGO DE COORDENAÇÃO	MASCULINO		FEMININO	
	FA	FR	FA	FR
GERAL	12	85,7%	02	14,3%
MÉDICA	13	92,9%	01	7,1%
ENFERMAGEM	05	35,7%	09	64,3%
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	10	71,4%	04	28,6%
TOTAL	40	71,4%	16	28,6%

Fonte: Elaborado com base no Ministério da Saúde, 2008.

Os dados acima referendados, em conjunto, revelam, ainda que de modo tênue, um importante espaço no mercado de trabalho que vem sendo conquistado lentamente pelas mulheres. Porém, não obstante estes dados apontem para o reconhecimento da força de trabalho feminina nos cargos de gerência nos níveis geral, médico e das SMS, também revelam que a inserção masculina à frente das Coordenações de enfermagem – as quais se configuram como um espaço marcadamente feminino – tem sido muito mais rápida e pontual. Se por um lado a média de ocupação de cargos pelo sexo masculino ultrapassa 70% dos cargos disponíveis em Minas Gerais, por outro, o sexo feminino não chega a 30%.



*Resultados e
Discussão*

Ao subir a montanha, lá do alto, com olhos de viajante, descobrem-se coisas que sempre estiveram bem debaixo de nosso nariz.

Christiane Bribel

5 AS PRÁTICAS GERENCIAIS DAS ENFERMEIRAS NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Este capítulo apresenta-se a discussão dos resultados da pesquisa, os quais serão expostos em dois momentos distintos. Introduzindo a discussão da identidade das enfermeiras-gerente, inicialmente serão apresentados tópicos referentes ao perfil das enfermeiras, sujeitos nucleares do estudo, como também o perfil dos sujeitos periféricos.

No segundo momento, a partir de uma abordagem exploratória é que se desenvolve o Estudo de Caso, buscando compreender o trabalho gerencial da enfermeira no contexto do SAMU 192. A análise das entrevistas fundamentou a construção de três categorias empíricas, quais sejam: (i) o SAMU como espaço em construção; (ii) a identificação dos princípios do SUS no SAMU; e, (iii) as práticas gerenciais da Enfermeira do SAMU. Balizado por estas três categorias, foi possível identificar os estágios identitários vivenciados pelas enfermeiras-gerente.

5.1 Análise descritiva do perfil dos sujeitos da investigação

O presente tópico traça uma abordagem descritiva sobre os participantes do estudo, buscando identificar algumas de suas características profissionais dentro e fora do espaço do SAMU. Para tal, será apresentado, inicialmente, o perfil profissional das enfermeiras-gerente, sujeitos nucleares do estudo, e, em seguida, dos superiores hierárquicos e subordinados, que constituem, em conjunto, os sujeitos periféricos, os quais subsidiarão a construção da identidade social virtual das enfermeiras-gerente.

5.1.1 Conhecendo os sujeitos nucleares: Enfermeiras-gerente

As abordagens sobre a crescente presença feminina no mercado de trabalho têm sido diversificadas, de modo a ampliar o conhecimento a respeito das características e tendências dessa inserção sob a perspectiva individual e de gênero. Seguindo esta tendência, um estudo desenvolvido pelo Sistema Estadual de Análise de Dados de São Paulo (SEADE, 2009) constatou que nas últimas décadas, em especial a partir dos anos 1990, o aumento da participação das mulheres no mundo do trabalho, se deu de modo proporcional a um maior

desemprego em relação aos homens, assim como a inserção produtiva concentrada no segmento dos Serviços, em ocupações tidas como tipicamente femininas e frequentemente com menor proteção legal e rendimentos inferiores aos dos homens. Porém, o mercado de trabalho se configura como uma via de mão dupla, onde paralelamente a estes eventos, tem-se observado, ainda que sob velocidade controlada, a ampliação do contingente de mulheres ocupando cargos antes considerados masculinos, tais como os de gerenciamento e chefia.

No que se refere à faixa etária, a idade das enfermeiras variou entre 28 e 43 anos, com média de 35,5 anos. Com relação ao estado civil, duas enfermeiras são casadas, uma há dois anos e outra há 20 anos, e uma é separada. Duas possuem filhos com idade variando entre 8 e 20 anos.

Brito e Melo (2001), em um estudo desenvolvido com enfermeiras-gerente de um hospital filantrópico de Belo Horizonte, identificou uma média de idade de 36 anos. Quanto ao estado civil, metade das entrevistadas era constituída de solteiras, quatro eram casadas e uma separada; sete gerentes não possuíam filhos, duas delas tinham dois filhos e apenas uma tinha três filhos. Tais características marcavam um grupo que se encontrava em idade reprodutiva e de reafirmação profissional, o que leva a supor que pudessem encontrar dificuldades em conciliar as atividades domésticas, os cuidados com os filhos e o trabalho fora de casa.

Quanto ao tempo de formação, as enfermeiras têm entre 04 e 18 anos, ficando a média de 11 anos, sendo que todas se graduaram em instituições públicas de ensino. Um dado interessante refere-se à qualificação profissional das enfermeiras, para o qual se observa que todas possuem pós-graduação em nível de especialização nas áreas de terapia intensiva e urgência e emergência em atenção pré-hospitalar. Apenas uma permanece no meio acadêmico e continua os estudos em nível de mestrado profissionalizante, na área de Terapia Intensiva.

Tal fato reforça uma tendência ressaltada por Brito (2004), que aponta para o aumento dos investimentos pessoais em qualificação profissional. Porém, a referida autora detecta uma significativa procura por cursos voltados para a área administrativa. Segundo seu estudo, mais de 44,0% dos entrevistados possuíam alguma formação voltada para este setor, o que se vê contrário junto às enfermeiras-gerente do SAMU, para as quais a área de concentração ainda é direcionada à assistência.

A busca pela qualificação profissional tem sido hoje um importante diferencial na luta pela permanência no mercado de trabalho, tendo sido notório seu crescimento nos últimos anos, em que os profissionais já reconhecem que apenas a graduação não é garantia suficiente para manutenção no campo de atuação em Enfermagem. Em 2001, um estudo desenvolvido

com 10 enfermeiras-gerente (Brito; Melo, 2001) identificaram que, no que se refere à escolaridade, oito gerentes possuíam apenas o curso de graduação e duas realizaram cursos de especialização na área de administração, com um tempo médio de nove anos de formadas, demonstrando que apenas uma pequena parcela do grupo continuou se capacitando profissionalmente após concluir o curso de graduação.

No que diz respeito à existência de fomento financeiro por parte das organizações para a realização de cursos de qualificação ou capacitação, referidos como congressos e eventos científicos, duas enfermeiras informam recebê-lo.

Considerando-se o tempo de atuação nas organizações, todas atuam nestes espaços desde sua implantação, porém, apenas duas estão no cargo de gerência desde então e uma ocupa este cargo há um ano e meio. Ainda no âmbito da atuação, as enfermeiras-gerente informam possuir de um a três vínculos, sendo que, para o SAMU, em apenas um cenário a jornada semanal é de 40 horas (EG3), que se divide em 20 horas na gerência e 20 horas na assistência. Nos demais são 20 (EG1) e 30 (EG2) horas semanais dedicadas apenas à gerência. Apenas uma das entrevistadas informa a inexistência de outro vínculo formal. Porém, enfatiza em seu discurso seu “vínculo (des) remunerado” (EG2), aludindo aos afazeres e responsabilidades domésticas, conforme o trecho abaixo:

Atualmente eu só tenho esse vínculo, mas eu tenho casa muito grande, muito grande, quatro filhos, um marido, um só. Dois cachorros e um gato e a pessoa que trabalha com a gente; a secretária do lar é uma pessoa, que você acaba que também tem que administrar né, é obrigação da gente por meio de mulher, tudo é cobrado da gente, então eu tenho esse monte de gente, não tenho outro vínculo remunerado, eu tenho um vínculo (des) remunerado né! (EG2)

O discurso das enfermeiras-gerente vem ao encontro às idéias defendidas por Hirata e Kergoat (2007), para os quais a expansão da presença feminina em profissões de nível superior e em cargos executivos, faz emergir um novo modelo que se sobrepõe ou substitui o primeiro, que é o de delegação desses encargos a outras mulheres.

As demais enfermeiras-gerente referem-se à existência de dois e três vínculos somando-se à gerência do SAMU. Porém, nos demais, ocupam cargos voltados à assistência ou ao ensino, seja ele em sala de aula ou como preceptor de estágio. A carga-horária despendida com os outros vínculos variam com uma média de 28 horas semanais. Quando questionadas sobre a jornada informal de trabalho, observa-se uma dificuldade em se precisar o número exato de horas trabalhadas informalmente, mas que esta pode variar, indo, às vezes de uma hora por dia a até seis horas, dependendo da rotina ou situações vivenciadas no dia-a-

dia do SAMU, o que é ressaltado na fala de uma das enfermeiras-gerente, referindo-se à impregnação da gerência na sua vida, extrapolando o espaço dedicado formalmente a esta atividade:

Eu queria chegar à minha casa e dormir, eu queria ir tranqüila eu queria ir embora e ir embora mesmo, mas quando você ocupa um cargo assim, você vai embora e não vai, isso é quando você vai mesmo, você vai uma hora, mas você não vai uma hora, é você vai para casa e parte do serviço vai com você. (EG2)

Ainda que seja clara a extensão informal da carga-horária e, algumas vezes, referido certo desgaste desencadeado por esta situação, existe uma flexibilidade quanto ao cumprimento desta jornada, informada por todas as enfermeiras-gerente.

Considerando-se que as enfermeiras entrevistadas ocupam cargos de gerência nas respectivas instituições, buscou-se identificar informações voltadas à questão salarial das mesmas, no que se refere à sua remuneração e existência de incentivo financeiro. Assim, as remunerações variam de R\$ 3.000,00 a R\$ 3.800,00, sendo que o incentivo financeiro para o exercício da função gerencial se dá sob duas formas: (i) o recebimento de 20 horas-extras mensais, a 100% , ou (ii) um aditivo de R\$ 800,00 sobre o salário base de enfermeiro do SAMU, que é de R\$ 2.200,00. Neste ponto, há que se ressaltar a manifestação dos laços de identificação materiais ou econômicos (Brito; Melo, 2001) por parte das enfermeiras-gerente, como um aspecto diferencial do cargo de gerência. Neste caso, o discurso das enfermeiras-gerente deixa implícito um sentimento de insatisfação no que se refere ao salário, informando que este está aquém das demandas e responsabilidades do cargo.

Há que se tecer comentários sobre a condição da remuneração das gerentes levando-se em consideração o fator gênero. Segundo estudo desenvolvido por Botelho (2000), dentre os fatores que interferem na remuneração de indivíduos que ocupam cargos de gerência, destacam-se a idade, experiência, riscos, idiomas, tamanho das empresas, educação e gênero. Quanto a este último fator, na ocupação de cargos de Presidentes, Diretores, Gerentes e Supervisores, as mulheres ganham 17,0% menos do que os homens. Ser homem significa receber um aumento na remuneração que vai de R\$ 510,11/mês (para analistas e engenheiros) até R\$ 849,88/mês (para os presidentes). Mas as mulheres estão alcançando os cargos executivos mais jovens e em maior quantidade do que seus pares masculinos. Todavia, no contexto do SAMU, tais fatores parecem não trazer implicações para a remuneração nos cargos gerenciais, principalmente por se tratar de um setor público, em que normalmente são

observadas políticas salariais que tomam por referência os cargos ocupados ou a formação profissional.

Analisando-se ainda as condições de trabalho, um fator positivo identificado pelas enfermeiras-gerente é a flexibilidade de horário. De acordo com Chadad (2002), a flexibilização da jornada de trabalho no que concerne ao mercado de trabalho brasileiro se deu em quatro bases distintas, quais sejam: (i) realização de horas-extras, (ii) implementação de banco de horas, (iii) jornada de trabalho flexível e (iv) semana reduzida de trabalho. Cabe aqui maior ênfase ao terceiro tópico, o qual consiste em dividir a jornada de trabalho total, seja diária, semanal, mensal, semestral ou anual em dois períodos. Em um primeiro período, a jornada é fixa e toda a força de trabalho deve estar operando. No segundo período, o horário de trabalho é flexível, ficando a critério do trabalhador a melhor forma de combinar o seu tempo para cumprir a totalidade da jornada prevista contratualmente.

De acordo com Dejours (1998), o trabalho precisa ter flexibilidade para atender às demandas do trabalhador, pois, nas organizações que favorecem os potenciais psíquicos dos trabalhadores, o rendimento, a eficácia e a produtividade se destacam e, o fato do trabalhador se sentir satisfeito no contexto do trabalho arremete a um clima organizacional favorável à satisfação das necessidades pessoais do trabalhador.

Vê-se aplicável aqui, na perspectiva das enfermeiras-gerente, o segundo período proposto desta flexibilidade, o que permite o desenvolvimento de outras atividades profissionais, concomitantemente com as atividades gerenciais no SAMU, mas ainda assim, reportam a uma flexibilização relativa, já que esta modalidade de atividade é melhor desempenhada durante o dia, uma vez que depende de outras instituições ou setores vinculados àqueles em que são gerentes, a exemplo dos recursos humanos, fornecedores de materiais e medicamentos, como também a possibilidade de contato com maior parcela da equipe ao longo do dia, em comparação com as escalas noturnas que, em geral, são em menor número.

5.1.2 Conhecendo os sujeitos periféricos: superiores hierárquicos e subordinados

Este tópico destina-se à apresentação dos sujeitos periféricos que contribuíram para a construção da identidade virtual das enfermeiras-gerente. Dos seis sujeitos que compõem este grupo, três ocupam cargos de gerência geral do serviço, para os quais se tem dois médicos e um técnico em contabilidade. Os demais sujeitos são subordinados à gerência de enfermagem, sendo dois Técnicos de Enfermagem e um enfermeiro.

Quanto às características do grupo de gerentes gerais do serviço, é importante ressaltar que todos são do sexo masculino, pertencendo a um grupo etário com menos de 40 anos; dois possuem formação superior em medicina, com cursos de pós-graduação em nível de especialização voltados para a área assistencial; o terceiro gerente possui formação técnica, cursando graduação em Direito. Nenhum dos entrevistados possui qualquer formação complementar específica à área gerencial.

Em estudo desenvolvido por Brito (2004), identificou-se também o predomínio de indivíduos do sexo masculino à frente da gerência de serviços de saúde, perfazendo 60% do total. Neste mesmo estudo, 80% dos superiores haviam cursado especialização na área gerencial o que, no estudo em tela, segundo a autora, revelava o reflexo das exigências e os esforços direcionados para a qualificação dos gestores da área hospitalar, com ênfase para aqueles que atuavam em níveis estratégicos. No caso do SAMU, o fato da recíproca não ser verdadeira pode ser tanto pela imaturidade do serviço quanto pela não identificação, ou por parte dos gestores ou por parte dos níveis maiores da organização, da necessidade de aprofundamentos de estudos nesta área.

Entre os superiores hierárquicos, o tempo médio de formação é de 13 anos. Nos cenários I e II, estes se encontram no cargo desde a implantação do serviço. No caso do cenário III, o coordenador geral desenvolve suas atividades há menos de um ano.

Entre os subordinados, o tempo médio de formação é de 10 anos para os Técnicos de Enfermagem e 04 anos para o Enfermeiro e, no que se refere ao tempo de serviço, todos têm mais de 04 anos, fazendo parte do corpo técnico desde a sua implantação.

5.2 Enfermeiras, práticas gerenciais e o universo do SAMU-192

Os tópicos seguintes foram construídos na perspectiva de se analisar o entendimento e percepções que estes profissionais têm a cerca do SAMU, buscando conhecer o processo de construção deste espaço de atuação, como este se configura, articula e transita entre os campos teóricos, entendido aqui como política de atenção à saúde proposta; e o campo prático, execução como instrumento para garantir a factibilidade desta política para que atinja seus objetivos propostos. Assim, a análise apresentada nos tópicos subseqüentes toma o SAMU como cenário. Os princípios do SUS, na perspectiva dos sujeitos se desvelam como o alicerce para construção deste espaço de trabalho, sendo então seu pano de fundo e as enfermeiras-gerente emergem como os atores no papel principal e os subordinados e superiores nos papéis coadjuvantes.

5.2.1 O SAMU como espaço em construção

Embora o SAMU seja um programa de governo com diretrizes nacionais pré-estabelecidas norteadoras de suas práticas, cada serviço, do ponto de vista de sua execução, faz adaptações e ajustes à sua realidade. As primeiras unidades de atendimento, de um modo geral, não possuíam um exemplo prático a ser seguido. O ineditismo desta estratégia de atenção fez com que cada local se organizasse, buscando implantar o serviço de modo a atender algumas necessidades pontuais, porém, todas no campo hipotético, uma vez que, quando do início de seu funcionamento, sua aplicabilidade e funcionalidade eram ainda pouco compreendidas, não somente pela população a ser contemplada por esta modalidade de assistência, como também pelos próprios profissionais que a executariam.

Assim, um dos primeiros questionamentos que se faz aos profissionais que lidam neste cenário é que os mesmos discorressem sobre o SAMU, buscando compreender como estes sujeitos se articulam ou identificam com seu campo de trabalho. O entendimento destes profissionais sobre o SAMU pode ser organizado em duas linhas de raciocínio: uma funcional e outra estrutural, mas que se interpõem em determinados momentos do discurso dos profissionais, e agregando algumas particularidades aos mesmos.

No modo de ver funcional, o discurso delineia uma evolução lógica do serviço balizado por um regimento político, caminhando ao encontro das diretrizes e normas que norteiam sua prática, revelando pontos de ajuste entre aquilo que foi proposto na teoria e seu modo de operação prática. Também são reconhecidas as potencialidades advindas da racionalização e otimização do modo de trabalho ou de fazer saúde no SAMU, rumo ao reconhecimento e consolidação técnica política e assistencial.

O SAMU é serviço de urgência e que, no sentido geral ele foi criado para diminuir na verdade para tentar eliminar ou diminuir as sequelas que muitas vezes as vítimas ou o paciente já sofreu e para amenizar isso até a chegada no hospital. (SH3)

Acho que, a visão que eu tenho do SAMU, hoje, é diferente até que eu tive no início. Antigamente a gente tinha aquela visão muito lúdica, muito contagiosa, hoje eu acho que é um serviço muito bom, as pessoas acham que é imprescindível, é um serviço bom onde a tendência é crescer, a tendência é melhorar. (SH2)

O outro modo de entender o SAMU ocorre na perspectiva estrutural do serviço, que o descreve do ponto de vista de sua infra-estrutura, fazendo referência à forma como o trabalho é operacionalizado bem como do despreparo inicial dos profissionais para atuar neste

nível de assistência, não obstante no que se refiram às enfermeiras-gerente, todas informam a realização de cursos de capacitação em urgência e emergência, senão antes de sua inserção no SAMU, tão logo esta tenha ocorrido.

O SAMU é um serviço de urgência e emergência regulamentado pela Portaria 2048, um serviço novo, onde no Brasil a deficiência de profissionais capacitados e com formação em urgência e emergência ainda não era o foco do serviço, então a implantação foi desde a implantação estrutural até de formação básica dos profissionais. (SB1)

O SAMU é um serviço móvel de urgência em que, por meio do telefone 192 as pessoas solicitam o serviço por telefone e são atendidos por telemedicina. Cabe ao médico avaliar uma informação de saúde e decidir se vai enviar uma ambulância básica ou uma ambulância avançada. (SH3)

Então quando a gente foi entrar, a gente teve que pegar todos os técnicos de enfermagem, todos os motoristas, os motoristas até que não fizeram tantos cursos não. Mas veio o pessoal do Núcleo de Urgência do Ministério pra poder treinar a todos: técnicos, médicos e enfermeiros. (EG1)

Antes de entrar para o SAMU, por meio de estava no Pará, o governo de lá investia muito em profissionais na área de trauma, então os cursos de ATLS, suportes básicos de vida como introdutor, treinamento avançado em UER, todos eu registrei lá, participei de todos os congressos que tinham na área de trauma. (EG3)

Entre as enfermeiras-gerente, agregados ao entendimento funcional ou estrutural, o discurso adquire um tom paternalista, humanista e pessoal, em que são revelados sentimentos de pertença e satisfação, com maior detalhamento do processo de construção do SAMU, desde o seu planejamento até a sua execução prática, já fazendo menção aos princípios doutrinários e/ou organizativos do SUS, a exemplo da universalidade, acessibilidade e resolutividade.

É um serviço que talvez seja a única área da saúde que é universal, porque é lógico que o SUS é universal, mas talvez seja a única área do SUS que é literalmente universal, que todo mundo pega. É um serviço que todo mundo tem um acesso bacana. (EG1)

No SAMU você vê resolutividade. (EG2)

O exemplo mais próximo desta proposta de atenção às urgências e emergências estava do outro lado do oceano, em outro continente, realidade e contexto. Buscou-se na França inspiração para o desenvolvimento que uma estratégia que garantisse a aplicação prática de propostas políticas de atenção à saúde, previamente estabelecidos que primassem pela minimização de agravos e morbimortalidade em condições que expunham a vida da

população a riscos iminentes de morte ou complicações. De um modo geral, os profissionais revelam uma visão bastante lúcida sobre o pensar e agir no SAMU, apontando para os primeiros passos rumo à construção da identidade deste serviço.

O conceito de identidade tem sido muito discutido ao longo do tempo e, portanto, abriga diversas versões de cunho psicológico, filosófico, antropológico ou sociológico. A noção de identidade estava ligada anteriormente à concepção de um sujeito unificado. Porém, o deslocamento de seus elementos constituintes agregou-lhe o caráter fluido, polissêmico e móvel. É possível identificar-se com referências culturais distintas (GHADIRE; DAVEL, 2006).

No campo da identidade social, de acordo com Brito (2004), esta é concebida como parte da imagem própria que é conseguida e mantida por meio da pertença a grupo, no caso específico deste estudo, ao SAMU. Assim, o aumento da auto-estima de um indivíduo e uma identidade social positiva pode ser buscada mediante a valorização das características positivas e negação das características negativas nos grupos de pertença, conforme ressaltado nos trechos a seguir:

Porque quando começou, teoricamente, ninguém tinha experiência em nada, nada de trauma, nada de atendimento pré-hospitalar, mas mesmo assim a gente deu conta. (EG1)

Acho que hoje a cidade não consegue sobreviver sem o SAMU, né. Mesmo que tenha suas falhas, é lógico que a gente tem ainda muita coisa pra ser acertada. (SH1)

Como eu te falei, eu sinto esse tempo todo que eu trabalho na enfermagem, eu considero aqui o melhor trabalho. (EG2)

O SAMU hoje para mim é um prazer de trabalhar, um ambiente agradável, que favorece de trabalhar e de crescer ao mesmo tempo, como pessoa e como profissional. (SB2)

Conforme observado nos trechos supra transcritos, o discurso dos entrevistados revela mais do que uma visão estrutural ou funcional do serviço, mas uma relação de identificação e um sentimento de pertença e incorporação do serviço. Em síntese, vê-se o reconhecimento do serviço como importante, sua evolução desde a implantação, sendo visíveis as mudanças que transpõem o campo teórico para o prático, mas principalmente a satisfação em pertencer a este grupo.

Pagés *et al* (1987) afirmam que o sentimento de pertença é de fundamental importância ao exercício da função gerencial uma vez que este exercício posiciona o gestor como representante da organização. Na medida em que os gestores conhecem e compartilham

os valores, crenças e a cultura organizacional assumem a condução da equipe e o alcance das metas definidas, o que implica a existência ou fortalecimento de laços ideológicos e psicológicos com a organização, em que os primeiros abarcam os princípios, diretrizes e valores institucionais, legitimando as ações organizacionais e os segundos reforçam e são reforçados pela imagem de força e poder oferecidas pelas instituições.

Observa-se no discurso dos sujeitos uma preocupação com a forma como tem se dado o processo de maturação do SAMU, bem como o reconhecimento das mudanças que têm ocorrido em sua estrutura, como uma política que vem construindo sua identidade. Essas mudanças são guiadas por um modelo nacional adaptado às suas realidades e necessidades e reconhecendo suas fragilidades e deficiências desde a implantação do serviço. Porém, são nítidas as rupturas experimentadas em seu processo de construção, definindo os primeiros passos rumo à sua consolidação como prática efetiva de atenção à saúde.

Iniciou o processo de construção do SAMU em Itabira na verdade no final de 2003 e início de 2004 e implantado em dezembro de 2004. Hoje, no município, o SAMU funciona de acordo com os protocolos do MS é, do atendimento. (SB1)

Quando começou, a gente fazia muito barulho para pouca coisa. Fazia muito atendimento para salvar pouca vida e gastava muito dinheiro para resolver pouca coisa. Acho que hoje a gente está partindo para ser mais técnico, de pegar dados de atendimento e transformar isso em política pública transformar isso em prevenção. (SH2)

Alguns trechos das entrevistas revelam ainda um rico processo de crescimento e amadurecimento do SAMU, desde sua concepção até o momento atual. Observa-se maior visibilidade da evolução política do SAMU como proposta de atenção à saúde, mas principalmente de seu potencial de expansão rumo à sua consolidação alicerçada nos pressupostos político ideológicos que regem o SUS, o qual se apresenta como sustentáculo das atuais estratégias de produção de bens e serviços de saúde.

E hoje, de quando nós começamos, com o idealismo de atendimento e a gente foi profissionalizando o serviço, eu acho que hoje está próximo de, aproximou mesmo do que é a proposição do SAMU, da ideologia do SAMU, que já veio da França e nós estamos hoje, com o SAMU de Itabira, mais próximos disso. Acho que ainda falta um pouco, desenvolver um pouco mais de tecnologia, que a gente ainda está um pouco travado, mas o SAMU faz o seu papel. (SH1)

Esta percepção de uma política em status de desenvolvimento é tão diferente quanto maior for a diferenciação da formação dos profissionais como também dos cargos que

ocupam no serviço. As enfermeiras-gerente, bem como os superiores hierárquicos revelam uma visão bem mais holística e contemporânea do serviço, conseguindo estabelecer elos estruturais entre sua concepção política e incorporação prática, fato que não é alcançado com tanta facilidade pelos subordinados, os quais revelam uma visão mais funcional ou prática, direcionado ao fazer técnico.

Bem, eu estou aqui desde que o SAMU nasceu mesmo, acho que ele era apenas um papelzinho, né. A gente ralou muito pra conseguir chegar até aqui mesmo. Trabalhando em cima de projetos, começamos com duas ambulâncias só, tinha uma unidade avançada e uma unidade básica. (EG1)

Nota-se também diferenças na percepção ou visualização desta política ao se contrapor as opiniões do gestor inserido na área da saúde com aquelas do gestor oriundo de outras áreas, aliadas a outro agravante que é o tempo de inserção no serviço, o que pode implicar em uma visão pouco aprofundada do SAMU. Os gestores da área da saúde são também aqueles inseridos no processo desde a sua concepção, e revelam um discurso em que estão incorporados no serviço com uma relação de pertença maior. No caso do gestor externo à saúde e recentemente inserido ao processo, seu discurso revela uma repetição de conceitos sem que os mesmos sejam necessariamente incorporados, conferindo um tom mecânico e pouco participativo, sugerindo apenas a reprodução de conceitos pré-estabelecidos.

O SAMU, ele é um serviço de urgência, e que no sentido geral ele foi criado para diminuir e tentar eliminar ou diminuir as seqüelas que muitas vezes a vítima ou o paciente sofreu né, tentando alertar isso até a chegada no hospital. O SAMU ele trabalha com serviço de telemedicina onde o solicitante, mediante uma urgência, liga para 192, é atendido pela telefonista, mediante essas informações já colhidas ali, cabe ao médico disponibilizar, como, avaliar, qual tipo de recurso ele vai utilizar, ele vai informar é, os médicos, uma informação de saúde, uma orientação ali, ou se ele vai enviar uma ambulância básica ou uma ambulância avançada. (SH3)

É interessante notar a insistência dos sujeitos no que se refere à necessidade de capacitação dos profissionais que atuam no SAMU, percebido como um fator que pode contribuir de modo significativo para a melhoria do serviço.

Um serviço novo, a deficiência de profissionais capacitados e com formação em UER ainda não era o foco. As capacitações vieram depois que o profissional já estava inserido no serviço. (SB1)

De um modo geral, percebe-se, por meio do discurso dos profissionais que compõem o SAMU, preocupação e envolvimento com o processo de construção, reconhecendo que o mesmo, embora tenha experimentado uma ação impactante no modo de produzir saúde desde a sua implantação, em relação aos demais modelos existentes, encontra-se numa fase de grande dinamismo, se desconstruindo e reconstruindo a cada dia, com a participação de todos neste processo.

O pessoal é muito bom, o pessoal é resolutivo. A equipe de enfermagem que a gente têm aqui hoje, eu diria que é uma equipe confiável, e isso é importante para gente trabalhar com uma equipe confiável. Todo mundo participa das decisões de alguma forma, então a gente foi aprendendo e crescendo todo mundo junto com o serviço. (EG2)

Esta participação coletiva no processo de construção introduz a questão referente às relações e interações entre gerente, empresa e equipe, as quais podem ser discutidas à luz de Gaspar e Melo (1995), que descrevem a existência de cinco laços que sinalizavam a identificação de gerentes de empresas públicas e privadas de Minas Gerais com a organização na qual atuavam, quais sejam: (i) materiais-econômicos, referendados aos aspectos salariais; (ii) afetivos, ligados às relações interpessoais; (iii) profissionais, referindo-se à identificação do grupo com as atividades/profissão; (iv) ideológicos, abrangendo os princípios, políticas, diretrizes, valores e crenças repassados pela organização, tendo um caráter legitimador das ações organizacionais; e, (v) psicológicos, em função da imagem de força e de poder proposta aos indivíduos pela organização.

Em relação aos entrevistados observou-se a percepção positiva em relação ao serviço, ou seja, há um reconhecimento do mesmo como um espaço de construção, bem como um reconhecimento da importância dos enfermeiros nesta construção. O fato dos profissionais se sentirem reconhecidos faz com que haja orgulho e satisfação em relação ao trabalho realizado, reforçando os laços afetivos e psicológicos. De um modo geral, a identificação com o serviço leva a uma satisfação e melhoria desempenho das ações no mesmo.

Conforme observado no discurso de EG1, os laços afetivos aparecem realçados no que se refere ao processo de construção, em que a falta de experiência funcionou como um fator de aproximação da equipe, em que estes se amparam no processo de crescimento.

Eu tive um apoio muito grande, porque como a gente começa todo mundo junto, como começou do zero, então a gente foi aprendendo a trabalhar junto com o SAMU, em todos os sentidos, a gente criou o SAMU pra gente poder trabalhar. E,

porque falar que eu tinha experiência gerencial, eu não tinha experiência gerencial pra começar aqui, né. Então o que eu sei hoje a gente vai aprendendo porque a gente criou “as nossas próprias leis”. (EG1)

A fala de SB1 reforça a importância das mudanças curriculares que vêm sendo implementadas junto às escolas de Enfermagem. Segundo Martins *et al.* (2006), nos anos 90, o currículo do enfermeiro passou por reformulações buscando redefinir seu perfil profissional, suas competências gerais e específicas, objetivando capacitá-lo a interagir com a equipe, identificar e intervir nas diferentes situações clínicas, e possuir o domínio intelectual da dinâmica assistencial da unidade; fatos que se vêm aplicáveis no SAMU e reforçados pela busca dos profissionais por especializações que lhes assegure capacitação técnica e assistencial para o atendimento, mais do que para a gerência.

A qualificação profissional para o atendimento pré-hospitalar com eficiência depende de formação, formação universitária. Porque a abordagem é quase nenhuma. A questão é curricular. Você não trabalha a parte de atendimento ao trauma dentro de uma universidade. Eu só tive base na especialização. É um assunto de grande importância hoje, com uma epidemiologia violenta para nosso país. Trauma é a segunda que mais mata hoje no nosso país, deveria ser abordado de forma diferente. Um foco maior na graduação, uma formação eficiente e curricular do profissional. (SB1)

Saindo do campo da formação e trazendo a análise para o aspecto da satisfação, é interessante notar o relato de satisfação pessoal em fazer parte deste serviço. Embora não tenham sido questionados diretamente sobre a satisfação no SAMU, ao falar sobre o SAMU, a satisfação pessoal emerge sobreposta à atuação profissional.

Como eu te falei, eu sinto esse tempo todo que eu trabalho na enfermagem, eu considero aqui o melhor trabalho. Foi para minha satisfação pessoal, eu vejo, porque é muito gratificante, eu considero, é bem aquela formação de coisa, bem da resolutividade, e a satisfação pessoal, eu gosto muito de trabalhar aqui. (EG2)

O SAMU hoje para mim é um prazer de trabalhar, primeiro que Ipatinga é um ambiente agradável, que favorece de trabalhar e de crescer ao mesmo tempo, como pessoa e como profissional. (SB2)

Entendendo a satisfação como um estado emocional agradável ou positivo, que resulta da percepção e avaliação da experiência de algum trabalho, com base nas crenças e valores pessoais perante a vida (Locke, 1976 *apud* Del Cura; Rodrigues, 1999), pode-se inferir que o trabalho no SAMU configura-se como uma experiência positiva para os

profissionais, em quaisquer das posições hierárquicas que ocupem, seja ela de superioridade ou de subordinação, respeitados e reconhecidos os papéis de cada um na construção do serviço como algo coletivo que guarda uma relação de dependência com cada um de seus membros.

5.2.2 Identificação dos princípios do SUS no SAMU

A Constituição de 1988, em seu artigo 196, reconhece, dentre os muitos direitos da população, a saúde, como direito de todos e dever do Estado, ao qual cabe fazer cumprir a saúde para todos, por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, embasada no acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

O SUS incorporou um conceito ampliado de saúde, a idéia de sistema e de unicidade para a organização do serviço de saúde em todo o país, definiu a imagem do SUS como a de um núcleo único que concentra os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade e os princípios organizativos da participação popular, regionalização e hierarquização e da descentralização e do comando único.

De acordo com Merhy e Queiroz (1993), a descentralização, bem como a universalização, devem ser entendidos como uma estratégia que atenda à população coberta ou não pela previdência social, primando-se pela formação de serviços de saúde regionalizados e hierarquizados de acordo com sua complexidade tecnológica e da unificação das ações em nível ministerial.

A integralidade por sua vez, alvo de grandes discussões na VII Conferência Nacional de Saúde, diz respeito à dimensão que a rede básica de serviços de saúde deveria assumir a partir do nível de complexidade tecnológica passível de absorção. Desta forma, não seria apenas a porta de entrada de um sistema de saúde, mas o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida.

Alguns desses princípios aparecem realçados na fala dos sujeitos quando convidados a falar sobre o SAMU. Este fato chama a atenção, uma vez que, em nenhum momento o SUS ou seus princípios foram abordados pela pesquisadora, os mesmos emergem naturalmente nesses discursos, conforme ilustrado nas falas abaixo:

O bom do serviço é o resolutivo e o SAMU, é um serviço resolutivo. Eu considero o SAMU um serviço resolutivo, e isso que eu gosto de trabalhar aqui. (EG2)

É um serviço que talvez seja a única área da saúde que é universal, porque é lógico que o SUS é universal, mas talvez seja a única área do SUS que é literalmente universal, que todo mundo pega, porque você virar pra mim, pra quem tem plano de saúde, a pessoa não vai querer ir pro PSF, né, porque ela tem plano de saúde, ela tem condições de ir pra um consultório médico, não vai querer ser atendido no PS porque você pode ser atendido de uma forma melhor, então pro SAMU isso é uma coisa que não existe, você está passando mal em casa, né, você vai chamar o SAMU mesmo, de qualquer maneira, então eu acho que é o serviço que realmente é a porta de entrada universal, porque todo mundo tem o direito de utilizar e utiliza. Não é só o que está escrito na lei do SUS da universalidade não, então o que eu acho é que não tem um serviço mais bacana, dentro do SUS. (EG1)

A ênfase dada à resolutividade e universalidade do serviço mostra a preocupação dada não somente em identificar estas diretrizes, como também em exemplificar no campo prático o modo como se dão. Outro dado que chama a atenção é a identificação do serviço como uma estratégia a ser melhor implementada no campo da prevenção, reforçando os rumos tomados pelos serviços de saúde, onde a preocupação com o campo curativo, na prática, já cedeu um espaço importante para ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Mas o grande barato do SAMU é trabalhar com a prevenção, que a gente costuma achar que prevenção é só em unidade básica né, mas eu acho o inverso, aqui a gente começa a identificar, está tendo muita crise convulsiva naquele bairro ali, aquela unidade tem que tratar, está tendo muita crise hipertensiva ali, aquela unidade tem que tratar, esta tendo muito acidente naquela esquina, tem que mudar, acho que isso é o grande filé do serviço do futuro é isso ai. (SH1)

no início fazia muito barulho para pouca coisa né, fazia muito atendimento para salvar pouca vida e gastava muito dinheiro para resolver pouca coisa, acho que hoje a gente está partindo pro ser mais técnico, de pegar dados de atendimento e transformar isso em política pública transformar isso em prevenção. (SH2)

As mudanças observadas no modo de se produzir saúde são significativas e inegáveis. Há alguns anos, o modelo vigente defendia uma proposta de atenção meramente curativa, “apagadora de incêndios”, de baixa resolutividade, uma vez que lidava diariamente com situações similares, mas que não se utilizava destas situações para o desenvolvimento de políticas ou programas que buscassem combater ou reduzir a recorrência dos casos. De acordo com Penna *et al* (2004), as reformulações observadas no modo de se produzir saúde, englobam mudanças nos processos de trabalho, o qual passa a ter um caráter interdisciplinar, focalizado no trabalho em equipes e na participação da população no planejamento e controle das ações e na utilização da epidemiologia como ferramenta essencial de trabalho. Para tanto, essas mudanças de paradigma, já observadas no SAMU, não obstante seja tão novo, exigem

novas abordagens gerenciais que além de conhecimentos técnicos e administrativos, implicam em novas habilidades e atitudes dos gerentes.

O Programa de Saúde da Família (PSF) seguindo os moldes de um programa de governo, proposto e financiado pela esfera Federal, da mesma forma que o SAMU, foi introduzido com o propósito de ampliar as ações e investimentos em promoção da saúde e prevenção de agravos, contudo, o que ora se apresenta é um serviço de baixa resolutividade no nível primário que tem levado à progressiva sobrecarga dos níveis secundários de atenção à saúde. E, é fato inegável, que mesmo nas condições atuais, com ou sem crise, o SAMU tem cumprido o seu papel e funcionado durante as 24 horas do dia, atendendo, sem distinções sociais, etárias ou econômicas, a toda a população.

A comparação entre os programas PSF e SAMU pode ser ilustrada mediante o depoimento de uma enfermeira-gerente que vivenciou a realidade dos dois serviços e se posiciona, tanto em termos de satisfação pessoal quanto da resolutividade dos mesmos:

O PSF eu achava muito legal, eu gostava muito de trabalhar com a saúde da mulher, muito, no mais no PSF, é um serviço pouco resolutivo, e eu costumo falar, a gente pegava um balde de água, para apagar o fogo lá na frente e no meio do caminho você ia distribuindo esse balde, a gente nunca conseguia chegar a um foco mesmo do fogo, essa visão que eu tenho do PSF. (EG2)

O Controle social ou a participação popular também aparecem na concepção dos sujeitos sobre o SAMU, porém estes ainda ressaltam uma desvirtuação deste controle, em que a população exerce o seu papel de cobrar, mas ainda de um modo desarticulado, sem embasamento e apenas em proveito próprio, distante do conceito pretendido de que deva vir a ser a participação ou controle social.

E em Itabira a gente tem ambulâncias rodando o tempo inteiro e o povo cobrando e às vezes solicitando pra um tanto de bobagens, que a gente acaba, às vezes negando o atendimento e é crucificado porque está negando o atendimento, mas acho que é um ganho pra cidade. (SH1)

Para Carvalho *et al* (2001) o controle social deve ser entendido como a capacidade que uma sociedade organizada tem de intervir nas políticas públicas de modo interativo com o Estado, buscando estabelecer suas necessidades e interesses na definição de prioridades e metas ou, não menos importante, uma tentativa de se estabelecer uma nova relação de

intercessão entre estado e sociedade, onde o primeiro abre espaço para que o segundo participe de suas decisões.

De acordo com Pires e Demo (2006), o cenário de crise que as políticas de saúde do Brasil enfrentam no contexto do capitalismo global, coloca a saúde como uma mercadoria implicando diretamente em riscos aos ideários do SUS, e diante da “pulverização do controle social” (p.68) idealizado, entendendo que o fortalecimento da sociedade civil culmina em ganhos diretos para população e Estado. Para tal, aposta-se principalmente no triedro que a fundamenta, "conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar, por meio do qual as categorias conhecimento, poder e emancipação aparecem como possibilidades (re) construtivas de subjetividades espoliadas pelo capitalismo" (p. 69). Assim, entende-se que o controle social direcionará para uma regulação dos serviços de saúde, levando ao seu uso consciente, o que, no caso específico do SAMU, ainda é pouco entendido por parte dos usuários, de acordo com os pesquisados.

5.3 Uma viagem pelas práticas gerenciais das Enfermeiras

Os tópicos seguintes buscam explorar o campo da identidade da enfermeira-gerente, estabelecendo um desenho sobre quem são estas enfermeiras e sua trajetória profissional; seu cotidiano de trabalho como gerente, perpassando pelas ações gerenciais, relações interpessoais, o binômio mulher-gerente, bem como as facilidades e dificuldades no desempenho das funções gerenciais; e a questão da autonomia da enfermeira-gerente no SAMU, discorrendo sobre seus atos de atribuição e seu posicionamento como referência no serviço.

5.3.1 Particularidades das Enfermeiras-gerente

As dimensões organizacionais, permeadas pelas relações de poder, envolvem também as relações de gênero vivenciadas no espaço de interação social (Brito, 2004). Assim, para identificar as particularidades das enfermeiras-gerente, tomamos como ponto de partida o conhecimento sobre o “eu” das enfermeiras, buscando saber quem são nos âmbitos pessoal e profissional. Ser enfermeira, antes de qualquer coisa, neste estudo, implica em ser mulher. As questões de gênero estão fortemente sedimentadas e isto emerge do próprio discurso das enfermeiras-gerente reportando-se à figura da enfermeira como mulher e cuidadora:

Bem, eu então, nossa, é tão difícil falar da gente. Eu acho que sou uma pessoa muito trabalhadora. Perdi minha mãe muito cedo, fui criada só pelo meu pai, meu pai casou com uma mulher louca, depois da minha mãe, depois separou de novo. Nossa, amo demais, é a coisa mais importante na minha vida. (EG1)

É, meu nome é [nome da EG] sou enfermeira. (EG2)

Bem, meu nome é [nome da enfermeira-gerente] sou enfermeira, coordenadora do SAMU. (EG3)

Sabe-se que a enfermagem é uma profissão histórica e socialmente construída como sendo feminina e esta confirmação é claramente percebida nos cenários I e III, nos quais 93,9% e 77,4% da equipe de enfermagem é composta por mulheres, respectivamente. O cenário II, por sua vez, evidencia uma importante inserção masculina neste espaço, para o qual 58,3% da equipe de enfermagem são homens.

De acordo com Brito (2004), em estudo sobre a configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão de hospitais da rede privada de Belo Horizonte, este modo de apresentação das enfermeiras revelam a preservação e reforço da identidade social da enfermeira.

No âmbito das organizações, a diferenciação técnica do trabalho também permite evidenciar a divisão por sexos. Desta forma, os trabalhos considerados mais centrais, estáveis e com laços empregatícios formais, frequentemente vinculados a cargos de chefia, são habitualmente ocupados por homens. Por outro lado, são legados às mulheres os trabalhos periféricos, precarizados e com menor atribuição de responsabilidades ou destinados a funções de atendimento (HIRATA, 1999).

O amálgama formado pelas relações enfermeira-mulher-gerente, não é uniforme. Se por um lado a imagem enfermeira-mulher encontra-se já consolidada historicamente, a inclusão da gerência ainda se configura como ponto de fragilidade nesta união. Ao solicitar que as enfermeiras-gerente se apresentem, percebe-se que já nas primeiras declarações a enfermagem aparece manifesta, revelando a impregnação da formação ou da esfera profissional, reforçada pela experiência prática e a curta menção à trajetória profissional, quando outros aspectos poderiam ser contemplados, a exemplo de idade, estado civil, ou a existência ou não de filhos. Tal modo de se expressar pode levar a inferir que a esfera profissional é tão marcante para estes sujeitos, que faz com que este se sobreponha à esfera pessoal, que só vem a ser citada mais a diante, à medida que as informações profissionais vão se esgotando.

É, meu nome é [nome da enfermeira-gerente] sou enfermeira, trabalho no SAMU há pouco mais de quatro anos, minha experiência profissional praticamente foi em saúde pública, trabalhei onze anos em uma unidade básica de saúde (EG2)

Meu nome é [nome da enfermeira-gerente] sou enfermeira há 16 anos, especialista em Urgência e Atenção pré-hospitalar (EG3)

Contudo, pode-se inferir que esta impregnação guarde uma relação direta com o tempo de formação e atuação na enfermagem, uma vez que estas profissionais possuem, em média, 17 anos de vivência neste campo. Este fato não aparece explicitamente no discurso de EG1, para a qual o tempo de formação como Enfermeira é de apenas quatro anos. Neste caso, o que emerge inicialmente é a esfera pessoal, o “eu”, a família e, numa seqüência lógica, a introdução da esfera profissional, à qual se faz menção, sem pormenorizá-la, conforme o trecho a seguir:

Bem, eu então, nossa, é tão difícil falar da gente. Eu acho que sou uma pessoa muito trabalhadora. Perdi minha mãe muito cedo, fui criada só pelo meu pai, amo demais, é a coisa mais importante na minha vida, mesmo. Casei com 26 anos, na verdade eu não tinha a pretensão de vir pra Itabira, eu formei em dezembro, só que meu pai teve uma angina instável muito grave, então aí eu achei que foi um sinal de Deus pra eu voltar pra Itabira. A enfermeira da UTI do Hospital (nome do hospital) tava saindo, eu já tinha feito estágio com ela, então tudo se encaixou muito bem pra mim. Eu acho que eu sou muito determinada nas coisas que eu faço. Muito mesmo. Fora daqui, assim, eu gosto muito de ficar em casa, não sou muito rueira não, gosto muito de ficar em casa. Tenho uma cachorra que eu amo e sou bailarina. (EG1)

Para as enfermeiras, a conjunção formada pelo ser-enfermeira, ser-mulher e ser-gerente é uma correlação favorecida exclusivamente por dois fatores, quais sejam, a condição sócio-cultural da enfermagem, de maioria feminina, e pelo envolvimento permitido pela personalidade feminina, que consegue oferecer maior flexibilidade, abertura e jogo de cintura nas relações (HIRATA, 2000; BETTS, 2000; BRITO, 2004).

Algumas características próprias do ser mulher (Melo, 2007) são apontadas como facilitadoras para o exercício da gerência, o que também pode ser observado em outros setores da economia, como por exemplo, do setor bancário. No caso específico da enfermeira-gerente (Brito, 2004), o fato de ser mulher e exercer suas atividades em uma profissão predominantemente feminina configura-se como uma situação confortável, além de fortalecer o sentimento de identificação com a profissão.

Há que se considerar que o ambiente do SAMU possui características muito mais familiares que em outros serviços de saúde. Em hospitais, por exemplo, a jornada de trabalho

da equipe é voltada, em grande parte, para o cuidado com pacientes. Já no SAMU, a equipe passa a maior parte do tempo convivendo entre si, em poucos momentos estão voltados para o cuidado com pacientes, sendo situações bem delimitadas, com início, meio e fim, retornando rapidamente ao convívio dentro da unidade. Isso exige da gerência uma atuação mais passional, uma vez que os conflitos têm maior significado pessoal do que profissional. Neste espaço, a equipe permanece muito mais tempo unida, sem ter envolvimento direto com o cuidado, conforme revela o trecho a seguir:

Na verdade o SAMU é uma família muito grande, acontecem coisas aqui dentro tipo convivência, mas é porque quem está aqui dentro, está aqui dentro 12 horas, só que é diferente de um batente de um hospital, que você está com um paciente 12 horas, que você está trabalhando, tem sempre um paciente que você é responsável por ele, tem uma evolução a ser seguida, medicação para fazer, levar para exame. Aqui não, aqui se saiu uma ambulância agora, foi ao hospital, deixou lá e o tempo que eles se encontram dentro do prédio, esses são os piores, eles estão ali vendo televisão, ou estão dormindo, ou alguma coisa assim, então é um cotidiano, uma atividade diária muito diferente do que qualquer outro serviço de saúde tenha, mas se você for pensar eles estão trabalhando, porque eles estão aqui dentro a postos para levantar e sair correndo, então é assim, é um relacionamento profissional muito diferente. (EG1)

Eu sou muito passional, e estou aprendendo a ser um pouco mais racional. (EG2)

De acordo com o relato das enfermeiras-gerente, ao longo do tempo no SAMU foram desenvolvendo um relacionamento mais amistoso junto à equipe, buscando conhecer mais as particularidades de cada indivíduo, assim como um pouco de sua história de vida, o que permite compreender melhor determinados comportamentos dentro do ambiente de trabalho, fortalecendo os laços de confiança entre os membros da equipe.

A convivência que a gente assume num cargo de coordenação, quando eu falo que tem que ter muita dedicação e que a gente precisa ser amiga. Porque a gente precisa entender um pouco da vida diária particular dos nossos funcionários porque aí a gente começa a entender o porquê ele chegou atrasado naquele dia, porque ele está trabalhando com a cara emburrada, porque ele está choroso, porque ele está mal atencioso, então a gente começa a entender quando a gente começa a saber um pouco. Não é ficar interrogando, porque quando a pessoa tem uma coisa que está deixando ela deprimida, ela começa a falar espontaneamente e aí a gente começa a entender e orientar até mesmo na vida particular do funcionário. E a gente vai pegando mais intimidade ainda e tendo confiança. (EG3)

Para Tremblay (2005) em face das significativas mudanças que acontecem hoje no mundo do trabalho, tais como exigências crescentes de flexibilidade e competitividade, assim como na família, impulsionadas pela entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho e

redefinição de papéis entre homens e mulheres no plano das tarefas familiares, a esfera do trabalho e da vida familiar e pessoal são cada vez menos estáticas nas suas inter-relações, fato que exige uma participação cada vez maior dos gerentes na vida de seus subordinados.

Quanto à trajetória profissional das enfermeiras-gerente, são identificados três caminhos distintos até a gerência dos serviços, quais sejam: para EG1, a inserção simultânea em dois serviços, sendo um predominantemente assistencial, em unidade de terapia intensiva (UTI) e outro (o SAMU) gerencial, permanecendo com os dois vínculos; para EG2, a inserção em serviços de atenção primária, em unidades básicas de saúde, com foco genuinamente assistencial, em que as mudanças levaram mais de dez anos para ocorrer, motivadas em grande parte pela mudança do modelo de atenção à saúde, com a introdução do PSF, seguida pela insatisfação profissional pela baixa resolutividade do serviço como também uma insatisfação financeira, fatores que conjuntamente levaram à busca pela mudança no setor de atuação que culminou com a inserção no SAMU, ainda com foco assistencial. Neste caso, a ocupação do cargo de gerência só aparece alguns anos depois, como uma necessidade e imposição do serviço e não como algo almejado pela enfermeira.

Quando eu saí da unidade básica, depois de onze anos, eu queria, pronto socorro, porque apesar de ter uma vivência, pequena em hospitalar, é uma área que eu gostava muito, e com relação ao financeiro, pronto socorro era melhor do que unidade básica, e eu queria ir para lá, por uma satisfação também. Então, eu ia para o Pronto Socorro, antes de fechar com diretor na época, eu só ia despedir dele, a enfermeira que viria para o SAMU ligou falando que ela não poderia vir, aquele era o último dia, aí ele desligou o telefone e me perguntou, você quer ir para o SAMU? Eu falei, quero! Para falar a verdade eu nem sabia o que era o SAMU, eu respondi quero, sem saber o que era, e entendi como que aquilo seria, eu vejo isso, como uma oportunidade mesmo que Deus colocou para mim. (EG2)

Eu não tinha a pretensão de vir pra Itabira, era o último ano do governo do meu pai, e em Itabira a perseguição política é muito grande, e eu não tinha a intenção de vir pra cá, só que o meu pai adoeceu, eu formei em dezembro, então aí eu achei que foi um sinal de Deus pra eu voltar pra Itabira, então logo depois eu assumi a UTI do Hospital e fui convidada para coordenar o SAMU. (EG1)

O terceiro percurso, para EG3, se deu por meio da inserção na enfermagem na formação técnica-profissionalizante, seguida pela formação superior. Ao longo desta, desempenhou ações de assistência e imediatamente após a formação assumiu cargos de gerência da equipe de enfermagem de clínicas e hospitais, como também a gerência geral de hospitais e, paralelamente, realizou cursos de capacitação em Urgência e Emergência. Retornando à sua cidade de origem, aonde permanece atualmente, foi inserida em uma unidade do PSF e em uma UTI, nos quais permaneceu até a criação do SAMU no município,

para o qual foi convidada a assumir o cargo de gerência. Atualmente, desempenha também atividades de docência do ensino superior em duas universidades da região.

No PSF eu me sentia inútil, sabe como? Eu via que as questões ali eram culturais, não era eu querer abrir a mente das pessoas e colocar tudo dentro, isso era cultura. E aí quando eu estava no PSF surgiu o SAMU, as ambulâncias chegaram à cidade no ano de 2004. Com os cursos que eu tinha realizado no Pará, eu era uma das profissionais mais capacitadas para trabalhar aqui, então quando eu falei pra ele da minha vontade de trabalhar ele aceitou. (EG3)

Para as enfermeiras, sua inserção no SAMU representou uma oportunidade de mudança, motivada por insatisfações pessoais ou profissionais, assim como por uma providência divina.

Para que as enfermeiras assumissem o cargo de gerência não houve um processo seletivo propriamente dito ou concursos, o mesmo se deu por meio de convites e, por fim, consenso. No que tange à existência de pré-requisitos, as enfermeiras referem à própria vontade, disponibilidade de tempo e a qualificação profissional e até mesmo o consenso grupal.

Querer, vontade de trabalhar, e ter tempo disponível. (EG1)

Eu acredito que dentre todos os enfermeiros que estavam selecionados lá eu era a que tinha mais qualificação, em termos de cursos. (EG3)

Quando ficou em aberto a vaga para coordenação, e de todos os enfermeiros que estavam aqui, é, ninguém queria assumir, né, tem alguns é, que tem outro vínculo e é inviável ele estar aqui durante o dia, outros tinham pouco tempo que estavam aqui, e as pessoas direcionaram a mim, ah, você tem mais tempo... Foi consenso, conversando entre nós, eles falaram [nome da enfermeira-gerente] tem que ser você, tem que ser porque, fulano não trabalha, fulano...e eu entre todos aqui, só eu que sou concursada, e por algum motivo, eu fosse ter que sair daqui eu não teria que sair, desempregada, eu seria remanejada, entendeu? Esse foi um motivo também que eu fiquei. (EG2)

Questionando às enfermeiras sobre os motivos que as levou a aceitar a tarefa de ser gerente, aparece em destaque a questão do desafio de uma atividade nova, que se mostrava instigante, sem precedentes ou modelos a serem seguidos, sendo este um espaço novo de atuação, o que reforça a existência dos laços ideológicos, os quais abrangem os princípios e políticas, diretrizes e crenças repassados pela organização, legitimando suas ações, canalizando energias e promovendo adesão (Melo; Gaspar, 1995). Outro motivo que levou a

aceitar a função gerencial é referido novamente como o “consenso” (EG2), a atenção a uma necessidade do grupo.

Na verdade foi uma questão mais de desafiante sabe, nunca tive experiência anterior de gerência, tinha um relacionamento excelente, tenho né, com a secretaria de saúde, que lançou o desafio e queria alguém que tivesse a fim de tentar o desafio, na verdade ela me falou isso mais ou menos um ano antes, que ela estava mandando o projeto para o Ministério, um ano antes dele, do SAMU começar e foi uma coisa assim, vamos ver, quero, para eu poder ver que eu sou capaz de fazer isso também. E como foi desde o início, isso foi construído, então foi difícil, foi uma questão bem desafiadora mesmo. (EG1)

Foi na verdade, eu me descobri gerente. Eu aceitei o desafio. (EG2)

De acordo com Melo e Brito (2001), as organizações constituem importantes espaços para que os indivíduos, a partir do trabalho, alcancem algum tipo de realização pessoal e profissional. Assim, o fato das gerentes terem se interessado pela função gerencial, sugere de alguma forma, a procura de crescimento e realização no trabalho, pois é sabido que o ser humano traz consigo o desejo e a necessidade constantes de vivenciar experiências novas e desafiadoras, sendo impulsionadas pela própria natureza humana na busca constante pela evolução. Neste sentido, os indivíduos inseridos no mundo do trabalho e nele procurando a realização pessoal e profissional, precisam ser considerados a partir de sua totalidade e individualidade. No caso das gerentes, trata-se de possibilitar que as mesmas enfrentem o desafio de uma nova função que, para elas significa algo diferente daquilo que vinham realizando ou reproduzindo durante sua vida profissional. Trata-se de superação das potencialidades já experimentadas. Brito (2004) acrescenta ainda que a formação em enfermagem somada à experiência profissional são fatores que conferem competência para responder às demandas organizacionais do atual contexto.

Desta forma, são destacados no discurso das enfermeiras-gerente sentimentos de pertença valorativos expressos pelas gerentes, quais sejam: disponibilidade, comprometimento, capacidade de transmitir segurança e de oferecer respostas aos funcionários, conhecimento da organização e do seu modo de operação, habilidades na interação com as pessoas e no estabelecimento de redes de contatos, capacidade de articulação política e exercício de liderança, atração pelo novo e capacidade de enfrentar desafios, assim como a busca constante pela capacitação e autonomia. De acordo com Dubar (2005), estes sentimentos exprimem a identidade para si, correspondendo ao processo de incorporação da identidade pelos próprios indivíduos, as quais se denominam identidades sociais reais.

Buscando compreender o motivo que as levou a ser gerente, foi perguntado às mesmas o que as faz continuar no cargo, bem como os motivos que levariam a deixar a gerência. Assim, a permanência na função gerencial se dá, majoritariamente, pela existência de laços de identificação afetivos (Brito, 2004; Gazinelle, Brito, Alves, 2006) criados e fortalecidos ao longo da trajetória no SAMU, reforçados pelos sentimentos de pertença do serviço.

Contudo, não se pode deixar de mencionar que a necessidade do serviço assim como a incerteza política são também condicionantes desta permanência. Entre os fatores que levariam as Enfermeiras a deixar os cargos de gerência, estes se revelaram bastante diversos, indo desde a iminência de “algo mais que não me permita conciliar e assumir as duas coisas” (EG1), elucidado sob a forma de questões familiares ou a existência de filhos, a impossibilidade de conciliação de carga-horária, uma proposta melhor ou a efetivação no serviço público em outro setor ou local; passando por “interferências políticas” (EG3) ou até mesmo “a chegada de alguém com perfil para a gerência” (EG2).

Tomando a questão referente à formação em enfermagem e sua influência na atuação da enfermeira-gerente, há o consenso por parte dos sujeitos nucleares e periféricos, de que a formação seja um fator adjuvante no exercício da função gerencial, agindo como um catalisador para a operacionalização do serviço, por associar conhecimento técnico e científico com a administração do grupo. Observa-se um entendimento coletivo de que formação curricular em Enfermagem não somente direciona e ampara o ser-gerente, como também seja uma das poucas profissões em saúde que disponibilize conteúdos voltados para a área administrativa com tanta ênfase. Assim, este profissional torna-se um diferencial dentro da equipe, para o qual a formação técnica e científica permite transitar com maior fluidez entre os campos estruturais e funcionais do serviço, criando e reforçando os laços profissionais, que se dão pela identificação da enfermeira-gerente com suas tarefas e profissão.

Se não tivesse o especialista da área na coordenação [se referindo à enfermeira-gerente], igual tem, não é, além do processo administrativo que ela tem que desenvolver todo, material, essas coisas todas, tem que entender disso, né, por ser, está correndo dentro da ambulância, equipamento estraga, para de funcionar, perde muito equipamento, perde muito material e medicamento, né, na urgência isso acontece muito. Então, se não tivesse conhecimento científico junto com a parte administrativa, as duas coisas casadas, eu acho que ia ser uma bagunça. (SH1)

O tipo da formação deles? Influencia demais mesmo, eu acho que é inconcebível o coordenador que não fosse da enfermagem, [...] então o coordenador tem que ser o enfermeiro, o médico podia muito bem ir lá e apontar e falar que você errou isso aquilo, ou outra pessoa de outra área, mas aí a gente estaria sendo meramente

político ou administrativo, o enfermeiro pode do lado técnico falar a legislação é isso, a postura ética seria essa, a técnica seria essa e você fez isso, então aí sem dúvida não tem como, eu acho que é inconcebível que a administração fosse feita por outro profissional. (SH2)

Percebe-se no discurso dos sujeitos o reconhecimento da formação como importante componente para o ser-gerente. Contudo, nota-se a existência de um conflito no que se refere à formação em enfermagem como subsidiadora para o “ser gerente” em que alguns acreditam que a formação curricular seja, não somente uma diretriz, como também um suporte par esta prática. Por outro lado, há aqueles que acreditem que as particularidades deste serviço (o SAMU) requerem maiores aprofundamentos nos campos da urgência e emergência, entendendo ser este um déficit de abordagem curricular nas escolas de Enfermagem.

Atualmente, inúmeras organizações têm lançado mão do enfermeiro para assumir cargos de gerência sob a argumentação de que este profissional, além de possuir conhecimentos relativos à prestação do cuidado ao cliente, possui capacitação na área administrativa e se relaciona de maneira satisfatória com os demais membros da equipe de saúde (BRITO; MELO, 2001).

As autoras referem ainda que, em face da valorização que vem sendo atribuída aos indivíduos nas organizações, a figura do gerente como que em evidência, tendo o mesmo que adotar novas posturas e reorientar suas práticas de trabalho, adequando-se às novas exigências. As transformações no espaço organizacional exercem uma grande influência no modo de viver dos indivíduos, afetando diretamente sua qualidade de vida e sua relação com o trabalho. Observa-se que, apesar de ter ocorrido a ampliação do espaço de trabalho dos indivíduos, permitindo que atuem de maneira mais efetiva e criativa na vida organizacional, essa ampliação tem sido um fator de desgaste para os profissionais das diferentes áreas, uma vez que se necessita de adaptação às mudanças, principalmente por meio da incorporação de novos valores e conhecimentos.

Uma das peculiaridades da gestão em saúde, conforme ressaltam Penna *et al* (2004) é a formação universitária de base dos gerentes. Geralmente são profissionais da saúde que viram na gerência oportunidade de ascensão na carreira e que aprendem a administrar na prática, como o fazer do dia-a-dia, o que também se vê ressaltado no discurso das enfermeiras-gerente do SAMU. Este aprendizado tem se dado sem treinamento, o que, muitas vezes, pode levar a um acúmulo de funções, pois o profissional assume a gerência, mas continua a exercer atividades próprias de sua função de origem. Mas há que se ressaltar que, no caso do SAMU, a permanência nas ações de assistência é, na verdade, uma demanda das

próprias enfermeiras-gerente, como forma de não se desvincular da essência do cuidado ou da assistência, aprendidas como intrínsecas à Enfermagem.

No tocante à contribuição da experiência prática ou da vivência para o exercício da função gerencial, observa-se, inicialmente, um resgate à formação curricular em enfermagem considerando-se que, não obstante as escolas de Enfermagem dediquem importante carga-horária aos conteúdos voltados para as questões gerenciais ou administrativas, nos campos teóricos e práticos, isto por si só não é capaz de subsidiar a prática da gerência em serviços de saúde. Por outro lado, reconhecem que a experiência profissional na assistência, também seja capaz de subsidiar ou contribuir para o desenvolvimento das práticas gerenciais.

Acho que o enfermeiro já tem uma formação muito gerencial. Desde a faculdade a gente já tem as disciplinas de Administração, que provavelmente nenhum curso tenha tão a fundo igual a gente tem. Pra gerenciar, eu acho que é o profissional mais indicado, eu sinto que a gente é mais preparada no nível de faculdade, mas não necessariamente que dá vivência pra gente. (EG1)

Eu acho que eu não estaria adequadamente preparada para o cargo, eu acho que tem que ter treinamento, tem que ter. Não é só eu fazer o que eu vi o outro fazendo, e fazer o que eu acho que é certo, igual eu falei anteriormente eu não tive, um a não você vai ver como que administra um pessoal nessa situação, você vai fazer coordenação de enfermagem assim e assim, o que a gente vê na escola é muito básico e não se aplica né. (EG2)

De acordo com EG2, a gerência exige formação específica, de modo que não se sente preparada para tal. Em seu discurso, revela recorrer às vivências e experiências acumuladas ao longo de sua trajetória profissional, assim como da vida pessoal, em seu modo de ser gerente. Por outro lado, reconhece que assim a gerência em enfermagem não requer relação direta com o cargo, ela é inerente à profissão. Por outro lado, embora EG1 refira à inexistência de experiências prévias em gerência, revela que é possível que este aprendizado se dê como um processo de construção contínuo, que incorpora conceitos pré-adquiridos durante a formação, sugerindo ainda a existência de um perfil que pré-disponha o exercício da função gerencial.

A gente põe muito é a nossa, a gente acaba pondo muito a nossa razão, a nossa cultura, eu acho que não é assim. O enfermeiro sempre está administrando alguém. Ele administra ações de pessoas porque ele sempre tem técnicos sobre sua responsabilidade, é muito difícil, o enfermeiro que não tenha ninguém subalterno a ele, né? Então ele não vai ficar livre disso quase nunca, na vida profissional dele. (EG2)

O ser gerente foi construído juntamente com o serviço, com nossas próprias leis, mas o enfermeiro, quando ele quer, quando ele gosta da gerência, né, ele tem um pouco de tino pra coisa, ele já vem desde a faculdade. (EG1)

De acordo com Brito (2004), há uma tendência histórica de realização de práticas gerenciais pela enfermeira e a despeito da marcante presença das referidas práticas no seu cotidiano de trabalho, percebe-se que atualmente, a função gerencial vem sendo assumida por esse profissional de forma consciente, havendo maior clareza das suas reais atribuições e da realidade de trabalho a ser enfrentada no exercício da função. Além disso, os dirigentes das organizações reconhecem que a participação da enfermeira em cargos de gerência decorre de seu bom nível de conhecimentos relativos à operacionalização da prestação de cuidado á cliente, à capacitação na área administrativa, decorrente da composição de conteúdo programático dos cursos de graduação em Enfermagem e de cursos específicos e adicionais sobre gestão, e à habilidade pessoal de coordenar o trabalho dos membros da equipe multiprofissional e de relacionar-se com a clientela. No exercício da gerência, a enfermeira tem se posicionado como elemento central na intermediação das ordens médicas e da alta administração, repassando a ideologia institucional à equipe de trabalho.

No caso da EG3, a situação se inverte, uma vez que esta já havia experienciado a gerência em outras situações e modalidades de serviço diferentes do SAMU. Segundo a mesma, não se pode negar as contribuições das experiências e vivências anteriores cargos de gerência, tanto pelas suas próprias experiências quanto pelo que aprendeu convivendo com outras pessoas em cargos de gerência, de modo que estas foram acomodadas e rearranjadas para atender às demandas deste novo gerente que precisava se formar para atender às necessidades do SAMU. Ressalta também o fato de grande parte desta gerência se dar à distância.

Porque é um serviço novo, um serviço que quando ele iniciou ninguém aqui já havia trabalhado na rua, e que é diferente de trabalhar em um hospital. Na maior parte do tempo sua equipe está perto, mas quando ela está atuando, isto é, longe dos seus olhos, na rua, então seu controle é menor. (EG3)

O enfermeiro, conforme ressalta Spagnol (2005) como coordenador da equipe de enfermagem, é um profissional que necessita ter subsídios teóricos e vivências práticas para gerenciar a assistência juntamente com sua equipe. Como gerente da assistência, este profissional deve ser capaz de identificar, analisar e conduzir as relações de trabalho sem que

estas interferiram de forma negativa na assistência prestada aos clientes. Sendo assim, a função gerencial desempenhada pelo enfermeiro nos serviços de saúde deve contemplar os aspectos assistencial, pedagógico, técnico-científico e político, bem como aqueles que dizem respeito às relações interpessoais, visando ao planejamento de uma assistência integral, prestada de forma segura e livre de riscos, ao indivíduo, à família e à comunidade.

Para o bom desempenho da função gerencial é fundamental que se mantenha um ambiente agradável, no qual as relações interpessoais sejam mantidas, respeitadas as devidas particularidades, num clima ameno, de respeito, não somente à hierarquia institucional estabelecida, como também aos indivíduos em suas singularidades. No que tange às relações interpessoais no SAMU, observa-se que, na perspectiva da equipe, as enfermeiras-gerente conseguiram construir uma relação fortalecida, não somente com a equipe de enfermagem, como também com os demais membros do SAMU, que passa a ser visto como uma família que tem na figura da enfermeira-gerente o eixo balizador das relações.

Há uma troca maior entre enfermeiros, mesmo porque hierarquicamente falando, é assim mesmo que funciona. Os técnicos me procuram bastante, pra falar de algum problema entre eles, mas muitas vezes eles já chegaram antes para os enfermeiros, já falaram antes com eles, pra depois procurar, chegar até a mim. Mas é um relacionamento muito bom, muito aberto, porque apesar de toda a minha rédea curta com eles, eu tenho um relacionamento excelente fora daqui. Então quanto a isso há uma afinidade de trabalho muito boa. E tirando os técnicos, os enfermeiros, os médicos, não só hierarquicamente, com os motoristas é um relacionamento um pouco menor, né, porque não conversam muito, mas na verdade o SAMU é uma família muito grande. (EG1)

Eu vejo que ela [a enfermeira-gerente] consegue atrair a equipe para ela, e isso facilita muito. Ela vai de uma ponta a outra com muita facilidade. (SH2)

Na verdade a maior parte da equipe está subordinada a ela. Então ela tem controle de muita coisa, praticamente de tudo. (SH3)

No contexto organizacional, Penna *et al* (2004) destacam o gerente como ator essencial na condução dos processos das unidades assistenciais, pois no desenho de seu papel estão inscritas ações relacionadas ao espaço interno e externo das organizações para atender às demandas de saúde de uma população que, detentora de maiores informações, cada vez mais passa a fazer novas e mais intrincadas exigências. Essas ações não se referem mais apenas ao papel fiscalizador exercido até então, ampliando-se para um efetivo desempenho que vai do gerenciamento de recursos humanos, físicos, materiais e financeiros ao aprimoramento dos sistemas de comunicação e informação intra e interinstitucional.

O discurso dos sujeitos periféricos ressalta a enfermeira-gerente como mediadora ou negociadora da equipe e que, em alguns momentos, é mencionada como “mãezona”. Em seu modo de gestão foram desenvolvidos laços afetivos com a equipe, construídos a partir de sinceridade, verdade, segurança e respeito mútuo. Os vínculos se deram a partir de uma condição em que há autoridade reconhecida, mas que é exercida sem autoritarismo. As relações de amizade não transpõem as barreiras dos papéis de cada um dentro da organização, o que permite o desempenho de uma liderança com maturidade e segurança, mesmo diante de situações conflitantes, conforme ressaltam os trechos a seguir.

Eu vejo a forma dela gerenciar em que ela consegue manter um nível de coordenadora e ao mesmo tempo sócia à equipe. Ela consegue chegar aos problemas menores, porque senão é como se você ficasse numa arredoma de vidro, né, eu mando, vocês obedecem e não quero saber do que está acontecendo. Então ela consegue se envolver com os problemas, resolver os problemas e ainda consegue se manter, e isso é legal. (SH1)

É um relacionamento é profissional em que realmente há o respeito da liderança. (SH3)

Mas ao mesmo tempo em que ela é rigorosa, ela é muito amiga dos meninos, dos técnicos. então ela ajuda, tem abertura tanto para os técnicos quanto para os Enfermeiros. (SB2)

No momento nós estamos passando uma fase muito boa, em que há os médicos reconhecem a [nome da enfermeira-gerente] como coordenadora, eles valorizam, eles sabem do empenho dela, da seriedade, dedicação. E ela tem uma vantagem, é complacente né. Agora, nós temos uma relação muito boa, muito tranquila, a gente conversa e eu diria que é um momento totalmente de paz e isso não foi da coordenação de enfermagem, foi da [nome da enfermeira-gerente], ela que conseguiu isso, que ela foi Tateando aqui, foi dividindo tarefas. (SH2)

Os trechos mencionados reforçam a existência de laços afetivos entre a enfermeira-gerente e a equipe, em que a relação com o grupo constitui sua base de sustentação, já que o indivíduo vive em constante interação com o outro, fazendo parte deste outro e mergulhando em seu universo. Assim, aparece ressaltada a capacidade das enfermeiras-gerente de responder às demandas dos funcionários e, portanto, de oferecer *feedback* nas relações de trabalho (BRITO, 2004).

As relações interpessoais, na perspectiva das enfermeiras-gerente, são referidas como hierarquizadas, para o bom andamento do serviço, porém procura-se manter um ambiente empático e amistoso, no qual são priorizados o diálogo aberto, a confiança e o respeito, sendo percebida bastante afinidade entre a equipe. Mais uma vez a relação familiar é mencionada, justificada pelo tempo que passam juntos no ambiente de trabalho.

Eu acredito que eu adquiri confiança, é, em todos os aspectos com eles, pelo menos eu acho que com a maioria, é, e os técnicos também. (EG2)

Quando eu chego geralmente eu passo lá em baixo, converso com os meninos geralmente no turno da manhã, quando eles trocam de plantão. Pergunto pra eles como eles passaram a noite e se foi tudo bem, não, tranquilo, ou então eles falam... Então eu passo e converso com eles um pouquinho se eles tiveram alguma coisa eles já me falam, entendeu? Ou então eles deixam o recado: daqui a pouco você desce porque eu quero conversar com você (EG3)

Os enfermeiros são pessoas que me procuram mais, que vêm mais a mim, né, há uma troca maior entre enfermeiros, mesmo porque hierarquicamente falando, é assim mesmo que funciona. Os técnicos até me procuram bastante, ta, pra falar de algum problema entre eles, mas muitas vezes eles já chegaram antes para os enfermeiros, já falaram antes com eles, pra depois procurar, chegar até a mim. Mas é um relacionamento muito bom, muito aberto, porque apesar de toda a minha rédea curta com eles, eu tenho um relacionamento excelente fora daqui. (EG1)

As enfermeiras-gerente relatam mudanças após assumir o cargo de gerência do serviço, referindo-se ao estado atual de equilíbrio pela conciliação entre gerência e assistência; a necessidade de adaptação à tomada de decisões; crescimento nos âmbitos pessoal e profissional, assim como o aumento da responsabilidade frente ao serviço, sendo este último considerado um desafio:

Eu acho que o costume, porque geralmente quando você larga completamente a assistência e vem pra gerência as pessoas sentem muito mais, mas como eu me realizo assistencialmente lá no hospital, eu não sinto tanto essa diferença. Pra mim na verdade é uma balancinha, eu consigo equilibrar essas coisas melhor, porque a minha parte assistencial, por exemplo, eu já fiz hoje lá eu tenho problema com meus funcionários por exemplo, mas aí é discutido, aqui dentro também discute, mas eu discuto numa outra posição, mas aqui é o outro lado da moeda. Os meninos viram pra mim e falam: está acontecendo isso. É completamente diferente, até você se adaptar, você é responsável por aquilo, você precisa tomar uma atitude. (EG1)

Eu acho que eu aprendi um pouco mais, há um crescimento, até mesmo pessoal. Eu vejo dessa forma, pessoal, profissional, amplia a sua visão, até mesmo eu acho que o mercado amplia um pouco, a questão da melhoria curricular. Mas mudança, mudança, não vejo não. (EG2)

Eu já cheguei gerente. Eu senti mais responsabilidade, eu achei que a carga era pior, por ser um serviço novo no Brasil, profissionais novos ninguém tinha experiência no nível hospitalar, então assim eu achei uma carga pesada, um grande desafio. (EG3)

Em face das observações apresentadas e tendo estabelecido uma aproximação com o universo das enfermeiras-gerente no SAMU, o tópico seguinte traça uma abordagem acerca dos atos de atribuição das enfermeiras-gerente, buscando compreender as atividades por elas desenvolvidas, aspectos facilitadores e dificultadores na perspectiva dos sujeitos

periféricos, assim como os positivos e negativos da gerência na perspectiva das próprias enfermeiras.

5.3.2 As práticas gerenciais da Enfermeira no SAMU

Segundo Hausmann (2006), o enfermeiro não tem exercido a prática de enfermagem em toda a sua extensão e são cobrados muito mais pela sua função de gerente de campo, distanciando-se das necessidades de cuidados diretos aos pacientes, sendo este fato explicado devido à classe dominante ser de auxiliares e técnicos em grandes estados brasileiros, necessitando do enfermeiro às atividades gerenciais, afirmando também que planejamento, coordenação, controle, direção, comunicação, supervisão e avaliação compõem o processo de gerenciamento do enfermeiro, somado ao dimensionamento de pessoal, recrutamento e seleção, educação continuada e à avaliação de desempenho.

Na medida em que o enfermeiro se afasta da assistência direta ao paciente devido às suas atividades burocráticas, seu reconhecimento pela sociedade fica cada vez mais distante do desejado, ficando o médico tradicionalmente considerado como líder da equipe de saúde. De acordo com Brito (2004), a função gerencial é geradora de reconhecimento, de melhoria da imagem do enfermeiro e, ainda, da elevação de seu status social e profissional. Além do mais, o exercício profissional do enfermeiro pressupõe sua inserção e participação em atividades assistenciais e administrativas. O papel indefinido do enfermeiro leva a submissão ao profissional médico e quando a sua área de delimitação começa a tomar forma, o conflito de poder quase sempre se presencia, sendo que na maioria das vezes o médico é diretor ou presidente das instituições (BERSUSA; RICCIO, 2006).

Grind *et al* (2005), destacam que é tarefa do enfermeiro motivar sua equipe de trabalho facilitando a integração entre os profissionais e capacitá-los para realizarem cuidado de qualidade aos seus pacientes, demonstrando satisfação e realização.

Em suas várias atribuições o enfermeiro está sempre avaliando problemas de enfermagem e buscando soluções prévias e a qualidade dos serviços prestados em sua totalidade está na dependência de sua tomada de decisões. A competência deste enfermeiro é medida de acordo com a qualidade da assistência de enfermagem que o mesmo exerce. Desta forma, existência da enfermagem é para atender às necessidades de saúde da população e à medida que essas necessidades se alteram, também devem se modificar as abordagens utilizadas.

Considerando as ações gerenciais no cotidiano de trabalho são referidas ações que englobam o desenvolvimento de escalas de trabalho e de férias para a equipe de enfermagem e, no caso específico do cenário I, a enfermeira-gerente também é responsável pela elaboração das escalas da equipe de regulação, telefonistas e operadores de rádio; previsão de pessoal para cobertura de plantões ociosos (distribuição de horas-extras), bem como da regulação das trocas e passagem de plantão, previsão e detalhamento de materiais de consumo, insumos, medicamentos e equipamentos, *check list* das ambulâncias e revisão dos protocolos; educação continuada da equipe de enfermagem; ações de educação para a saúde junto à comunidade; além da gerência ou redução dos conflitos e parte das ações relacionadas à contratação de recursos humanos para o serviço (processo de seleção entre os currículos indicados para o serviço).

Então toda a parte de contratação, de funcionamento, do dia-a-dia do pessoal da enfermagem e das meninas lá dentro da regulação é comigo. Então eu coordeno todas as férias, as trocas de plantão, a previsão de materiais, medicamentos, requisição de equipamentos. (EG1)

Eu faço na redução de conflito, que sempre acontece; tem a elaboração de escalas, o serviço sempre dispõe de horas extras para eventos, para cobrir férias, licenças é algo muito conflituoso, eu não sei em todos os lugares, porque aqui que eu fiz escala, eu nunca trabalhei, eu ajudava a fazer, mas quando você ajuda, quem é xingado não é você, é quem assume que tem a responsabilidade, e eles nunca estão satisfeitos. (EG2)

Dejours (1994), Alves, Godoy e Brito (2008) assinalam a existência de estratégias defensivas que permitem ao trabalhador se posicionar diante das situações conflitantes do cotidiano, preservando sua estabilidade mental e emocional por meio de mecanismos que caracterizam um sofrimento criativo, em que o ambiente de trabalho é valorizado, quem vai além de como um espaço de produção e de luta pela sobrevivência material, traduzido como espaço de interação e convivência social que realmente em cada um o sentimento de inclusão e diferenciação em uma comunidade quer profissional, quer institucional. Deste modo, mais que aos demais membros da equipe, cabe à enfermeira-gerente desenvolver tais estratégias e promover o crescimento grupal, gerenciando os conflitos que emergem do cotidiano da equipe.

Ao envolver-se nas práticas gerenciais, a enfermeira, de acordo com Brito (2004), amplia seu leque de responsabilidades com a organização. Desta forma, em algumas situações, é levada a se afastar das atividades técnico-profissionais específicas, que se tornam secundárias. Assim, apesar de manterem uma relação identitária forte com o ser-enfermeira e,

portanto, identificando-se como tal, conseguem deslocar-se das atividades assistenciais para se dedicarem, prioritariamente, à gerência, mesmo que em algumas situações isto implique conflitos pessoais e profissionais, podendo interferir em seu desempenho profissional. A autora reforça ainda que, “mesmo que as gerentes se aproximem dos conteúdos de administração na graduação e façam especialização na área gerencial, sua alma de enfermeira é preservada, mantendo-se viva, atuante e resistente” (p. 241).

No que se refere ao exercício da função gerencial, alguns aspectos se sobressaem na fala dos sujeitos, quanto às facilidades e dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras-gerente em seu cotidiano de trabalho. No campo das facilidades, o envolvimento com a equipe é um fator ressaltado por todos, traduzido como um relacionamento democrático no qual se trabalha pela proposição e discussão em lugar da imposição, o que por sua vez é facilitado pela empatia em relação à figura da enfermeira-gerente, assim como de sua capacidade de liderança. Alguns chegam a mencionar que esta empatia não se dá pela gerência, mas pela pessoa que atualmente ocupa este cargo, trazendo para o mesmo características pessoais do coordenador.

A facilidade que eu vejo hoje aqui como SAMU é a questão de envolvimento da equipe. A facilidade hoje de relacionamento, de atrair a equipe pra ela. Então ela, principalmente dos colegas, dos enfermeiros mesmo, ela consegue convencê-los do que tem que ser feito, não há muita imposição. (SH1)

Também são evidenciados como facilitadores a existência de funções pré-estabelecidas e o reconhecimento destes papéis, o fato de poder se dividir entre a assistência e a gerência; a existência de boas relações com as demais esferas de coordenação (médica e geral) e a autonomia na escolha de recursos humanos, embora mencionadas por apenas um dos entrevistados. Por outro lado, não se pode deixar de observar uma visão um tanto pessimista por parte de alguns sujeitos, os quais referem a inexistência de facilidades no exercício da função gerencial da enfermeira-gerente.

As facilidades são quase nenhuma né, a facilidade que ela tem, eu acho que a única facilidade que ela tem é de poder trabalhar e ser coordenador, eu acho que é um prazer né, você poder ser coordenador, e poder dar plantão. (SH2)

Facilidades eu não vejo muitas não, risos, mas eu vejo muitos desafios que ela tem, que a capacidade de liderar com uma equipe que nos temos hoje em torno de 23 técnicos de enfermagem com a capacidade de liderar e comandar uma equipe tanto no momento do serviço como a distância e o horário se compreende no horário formal com o horário informal e pegando a parte gerencial. (SH3)

As facilidades atribuo à coordenação, a de enfermagem, do SAMU e a coordenação médica, é bem fácil de conseguir as coisas, de organizar o serviço, porque sempre tem apoio. Muita abertura. (SB1)

Facilidade praticamente não tem, praticamente tudo é muito difícil eu acho que não tem facilidade. (SB3)

Quanto às dificuldades, três questões são relacionadas com maior frequência, a saber: o perfil do enfermeiro; a formação curricular deficitária em urgência e emergência; e, os problemas operacionais do dia-a-dia, em especial a gerência de erros e das faltas, referindo-se à falta de insumos. Em menor escala aparecem a rotatividade de profissionais e o risco do gerenciamento à distância, uma vez que a enfermeira-gerente coordena uma equipe que age longe de seus olhos na maior parte dos atendimentos, assim como os entraves políticos.

A dificuldade é do perfil do enfermeiro, mesmo do técnico de enfermagem, e tal. A dificuldade é essa mesmo de não ter profissional no mercado capacitado, técnico de enfermagem capacitado em urgência, mesmo os enfermeiros. A equipe entra e depois vão se capacitar em urgência, fazer a especialização, então, assim, muita coisa tem que ser preenchida aqui no dia-a-dia. Então isso é uma dificuldade, de formação. (SH1)

As dificuldades são muitas, é um leão por dia praticamente que tem que matar, porque todo dia tem problema, um problema técnico, problemas pessoais, administrativos, infelizmente esta no serviço público, que a gente sabe que funciona a base de licitações, em processos demorados, então muitas vezes a gente trabalha com o que tem o tempo todo, a gente tem que estar administrando falta, administrando erros, administrando problemas administrativos, e a gente tem que contornar, porque a população não quer saber se a entrega atrasou. (SH2)

Então este profissional chega aqui sem experiência no pré-hospitalar e até que ele seja treinado e qualificado, aí já demora uns seis meses pra ele ter experiência pra poder trabalhar. Este é o grande problema que a gente, pelo menos aqui no serviço a gente tem, que eu vejo. E a rotatividade é muito grande. Muitos profissionais iniciam, têm dez meses, um ano de profissão e já vão pra outras empresas. (SB2)

Uma das dificuldades que já citei aqui é a questão da equipe está distante é difícil de controlar o comportamento da equipe a distância. (SH3)

O mais difícil eu acho que é o jogo político, acho que todo lugar tem, eu acho que ela quer melhorar, mas no certo ponto que chega não dá. (SB2)

Conforme ressaltado por Penna *et al* (2004), a gestão de materiais no setor público é dificultada pela falta de material, obsolescência e pouco controle. No seu cotidiano, o gerente se vê obrigado a lidar com estas questões, buscando ou contorná-las ou superá-las, uma vez que suas conseqüências recaem diretamente sobre a unidade de trabalho, não descartando a

possibilidade de causar ou agravar danos a clientes e trabalhadores. Por outro lado, no contexto do SAMU, a falta de conhecimentos científicos específicos na área da saúde configura-se em uma falta que a gerente não precisa lidar, quer sobre seu uso, aquisição ou gestão, uma vez que encontra subsídios para tal em sua formação.

De acordo com as enfermeiras-gerente, entre os aspectos positivos observados no exercício da função gerencial reforçam os fatores elencados pelos sujeitos periféricos como facilitadores do serviço, a saber: ser referência do serviço, a credibilidade e confiança frente à equipe, o reconhecimento da população, a flexibilidade de horários e a liberdade de decisão entre ações gerenciais e assistenciais, a autonomia, ainda que relativa, as ações de educação em saúde desenvolvidas junto à população e a afinidade ou identificação com o serviço.

Positivo eu acho que é você ser um ponto de referência. A pessoa confiar em você e acreditar que você vai conseguir resolver aquilo, é muito bom e o reconhecimento de toda uma população também é muito bacana. (EG1)

De positivo, a flexibilidade do horário, é bom, liberdade de decisão, ontem eu quis ir ao empenho, se não fosse, se não tivesse nesse papel eu não poderia fazer isso, de vez em quando eu vou checar uma base como que esta, então eu tenho autonomia de decisões, e isso de certa forma é bom. (EG2)

Eu trabalho com quem gosta de trabalhar no serviço isso pra mim é um ponto principal e quando você gosta de fazer com certeza se identifica mais e esse é um dos pontos positivos. (EG3)

A autonomia, de acordo com Cattani (2000), etimologicamente, significa a “condição de um indivíduo ou de um grupo suscetível de se determinar por si mesmo, segundo suas próprias leis” (p. 146), não sendo, contudo, uma condição que exija a negação absoluta do meio em que este indivíduo ou grupo se insere, mas “a capacidade de tomar decisões por meio de ser ou grupo racional consciente” (p. 147). Ao mesmo tempo em que se opõe à dependência, sua falta implica em minoridade de alguém (individual ou coletivo) colocando-o à mercê de favor, orientação ou proteção de outrem.

Nas esferas em que expresse a autonomia, tomada aqui a social, esta se dá nos níveis laboral e de ação política. O primeiro implica a possibilidade de escolha das tarefas, meios ou sentido do trabalho, o que levará à dignidade e satisfação em relação ao mesmo, o segundo à vida social e produção cultural. Mesmo nesta esfera, a autonomia configura-se como um ideal acessível aos poucos que souberem ou que consigam conquista-la, mediante o sacrifício ou à dedicação. Sendo uma conquista, guarda relação direta com um processo de

autovalorização individual ou coletiva, de identidades e potencialidades, que não coexiste em estruturas engessadas e limitantes de desempenho e criatividade.

Assim, a questão da autonomia emerge tanto num discurso otimista, em que existe e é praticada, quanto tolhida ou velada, na medida em que encontra resistência nos entraves políticos, sendo este um aspecto negativo que reforça as dificuldades percebidas pela equipe, entre as quais interferência política, a qual é mencionada por todas as enfermeiras-gerente. A acomodação dos profissionais frente à proteção política e as dificuldades nos processos de contratação e demissão também são referidas e, em menor escala, a aquisição de materiais e insumos.

Por mais que tenha autonomia, tem a parte chata em que, aqui principalmente, algumas vezes a gente tem que ceder a certas indicações. Porque existe comodismo, você sabe que ta aqui por causa de política, então por meio de esse político tiver lá ele vai te proteger sempre, aí você não tem autonomia para demitir. (EG1)

Ah você tem que demitir uma pessoa, a decisão é sua, fulano aqui, fulano pode ser demitido, se você quiser ele fica, porque já aconteceu situações assim, então são decisões difíceis, que a gente tem que tomar decidir e é muitas vezes a gente age com o coração deixando a razão de lado, isso é ruim, eu tenho muita dificuldade de interação pela razão, aquele negócio de ficar justificando. (EG2)

Agora os pontos negativos acredito que por ser um serviço público então sempre tem alguma coisa que vai agarrando, não é? Por exemplo, questões ligadas a demissão. Então geralmente por ser um serviço público contratado se entende que esses profissionais são indicações políticas e então quando você tem que demitir alguém é complicado, passa por um processo longo compra de materiais. (EG3)

No espaço do trabalho, conforme pontuado por Alves, Godoy e Brito (2008), o sofrimento ou a satisfação dependem, em essência, das possibilidades ou restrições do meio para que o trabalhador desenvolva os elos ou ajustes entre aquilo que se caracteriza como trabalho prescrito institucionalmente (políticas ou protocolos) e sua realidade cotidiana efetiva, daquilo que ele toma como o real trabalho, sendo que cada um, a partir de suas vivências, experiências e limitações, desenvolverá meios ou artifícios nos processos produtivos, de modo que desenvolvam o sentimento de ter sido ou feito o diferencial ao término do trabalho, eximindo-se do anonimato e indiferenciação, ambos promovidos pela massificação e mecanização de ações. Assim, caberá às próprias enfermeiras-gerente desenvolverem um arquétipo que lhes permita transitar com maior fluência entre estes aspectos positivos, negativos, facilitadores ou dificultadores de seu trabalho, de modo que este se revele como o diferencial dentro da equipe.

O trabalho gerencial da enfermeira é reconhecido pelos sujeitos periféricos como uma tarefa árdua, em que se exerce um papel extremamente operacional, que requer vocação, espírito de liderança e postura ética. Observa-se um consenso de que, ao contrário das outras organizações de saúde, para as quais a enfermeira-gerente assume um papel com caráter predominantemente burocrático, no caso do SAMU, ela precisa apresentar ainda uma característica de dinâmica voltada para a assistência, vinculada a uma capacitação técnico-científica para atender à demanda das urgências como fator de aproximação com a realidade do serviço.

Esse trabalho gerencial da equipe de enfermagem, ele tem um papel eu acho que até mais árduo do que pra mim como médico na posição de responsável técnico médico, porque o que eu vejo: o perfil do enfermeiro que existia antigamente era sair da faculdade com a formação apenas de supervisão; então aqui no SAMU é exatamente o contrário, tem um papel operacional, demais, então, ele tem que tomar, vai fazer a gestão da equipe de enfermagem, a pessoa num primeiro momento ele tem que por a mão na massa, tem que ter perspicácia, um sentimento de urgência, ele tem que ter a vocação pra isso, então pra você mudar, pra selecionar, pra contratar pessoas com esse perfil, ou que não têm, tem só o perfil, não tem o treinamento, você tem que treinar, e é um serviço totalmente diferente, extremamente novidade. (SHI).

O discurso dos sujeitos nucleares e periféricos aponta para a ação gerencial da enfermeira como importante para o bom andamento do trabalho da equipe, em que esta aparece como referência ao serviço e que encontram em sua formação algumas diretrizes que contribuem para o desenvolvimento de práticas gerenciais com maior fundamentação teórica se comparadas a outras categorias profissionais, porém, a formação por si só não é capaz de fornecer uma experiência prática que assegure o bom desempenho e eficácia nas ações gerenciais.

Resultados de estudo desenvolvido por Brito (1998) revelaram que, por um lado, a função gerencial foi considerada positiva, gratificante e geradora de possibilidades futuras, caracterizando-se como forma de reconhecimento e valorização e como uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Contudo, a função gerencial também tem sido fonte de estresse e de novos conflitos e originando dificuldades profissionais e familiares para o grupo de entrevistadas. As enfermeiras ressaltam que a gerência ocupa muito de seu tempo, tanto aquele dedicado ao trabalho em sua jornada formal, quanto extrapola para momentos em que, estão em casa, fora do ambiente de trabalho.

Quanto às significações do ser-gerente no SAMU, as enfermeiras reportam ao sentimento de referência para o serviço, entendendo que sua atuação propicia prosseguimento

e torna factíveis ações a serem desenvolvidas, o que é reforçado pelo vínculo gerado por sua participação desde a implantação até o momento atual. O espaço é reconhecido como um local de aprendizado, diferente dos outros cenários de produção de serviços de saúde. A gerência de enfermagem no SAMU é alguém que precisa conhecer pessoal e profissionalmente sua equipe para garantir um bom desempenho coletivo, respeitadas as particularidades de cada um. No caso da EG2, percebe-se um incômodo em relação à função gerencial, porém, é possível reconhecer um sentimento de crescimento proporcionado por ela.

Bem, eu acho que a primeira coisa, a gente é o ponto de referência. Principalmente porque estando aqui desde o início você se torna referência desde o primeiro instrutor, a primeira equipe que se formou até o mais novinho que está aqui. Porque você acaba se tornando referência pra ele. E, me deixa ver, [...] nossa! Eu acho que esse negócio, ponto de referência é um ponto de apoio pra equipe toda, né? (EG1)

Eu não estou ocupando o cargo, não é porque eu almejei, porque eu queria, né! É importante para mim. Como eu te falei, o que é importante, acrescentou no meu conhecimento, no meu conhecimento profissional, é e a gente tem outras, a gente de outra forma conhece o serviço. (EG2)

Pra mim eu ser coordenadora, eu sou uma referência para eles, eu tenho uma responsabilidade muito grande sobre eles, porque a coordenação do SAMU é um aprendizado. Porque você pode ser coordenador num hospital de grande porte ou médio porte ou pequeno porte, pode ser coordenador numa clinica de grande, médio ou pequeno porte, um PSF ou qualquer local, mas a coordenação do SAMU é diferente de todas as coordenações. (EG3)

Ao serem questionadas sobre o exercício da função gerencial, as enfermeiras-gerente informam gostar do que fazem. Isso se deve ao reconhecimento, tanto interno quanto externo, e à resolutividade do serviço, entendendo que se este funciona bem é porque existe um processo administrativo nos bastidores que garante a sua execução. De outro modo, o desempenho desta função é entendido também como um processo de aprendizado, que se constrói no dia-a-dia, assim como também a satisfação e realização profissional.

É muito bom, eu acho que é um reconhecimento muito grande, porque se o serviço anda bem, anda bem porque existe uma parte burocrática ali atrás dele que está *ok*. O que aparece é a assistência mesmo, mas atrás da assistência tem a parte ruim que alguém tem sempre que estar desenrolando, senão o trem não funciona, né? É talvez o único serviço do SUS que seja extremamente elogiado aqui em Itabira. É dos mais elogiados. Então eu acho bacana eu estar por detrás disso, na coxia vendo o trem funcionar. Reconhecimento, muito legal. (EG1)

Eu gosto muito porque eu sou respeitada, tanto por eles, pelos técnicos de enfermagem quanto pelos próprios médicos. Então é uma forma de você saber que você é respeitado. (EG2)

É mas a gente não pode deixar de falar que nem Jesus agradou todo mundo, então é possível que tenha alguém que não goste de mim do meu jeito da minha forma de falar do meu modo de dirigir, mas de uma forma geral eu acredito que eu seja bem empática. (EG3)

De acordo com Alves, Godoy e Brito (2008), o reconhecimento no ambiente de trabalho pode ocorrer de diversas formas. A experiência ligada ao reconhecimento nas relações cotidianas constitui um importante passo na análise da dinâmica identitária, por meio de experiências relacionadas dentro e fora da organização, porém, é necessário que exista um espaço social no qual este grupo profissional adquira legitimidade, tanto por parte dos empregadores quanto do Estado e social.

Conforme ressaltado por Brito (2004), o fato da Enfermeira se reconhecer como referência para o serviço no contexto das organizações lhe confere maior poder. Por outro lado, o relato de EG3 deixa evidente a sua clareza sobre a impossibilidade de agradar a todos a despeito de reconhecer a necessidade de atender às demandas da maioria o que reflete certa maturidade para o exercício da função.

A motivação para o trabalho e o sentimento de reconhecimento (Alves, Godoy, Brito, 2008) também estão relacionados à reafirmação da auto-imagem positiva construída ao longo da trajetória profissional. O reconhecimento está vinculado à competência profissional, à credibilidade atribuída pelos superiores hierárquicos e demais atores envolvidos no processo produtivo, o que contribui para a legitimação profissional e, desta forma, para a configuração identitária.

Observa-se no discurso das enfermeiras-gerente a auto-percepção como referência do serviço, o que é próprio da enfermagem e que, na construção da identidade do SAMU, vem sendo também incorporado a este serviço. Percebe-se tanto uma satisfação declarada em fazer parte da equipe tanto de estruturação quanto de assistência deste modelo, como se percebem como uma referência positiva ou um ponto de apoio ao mesmo, ressaltando a importância da enfermeira como gerente de uma equipe, algo que se exige pelas características da profissão.

Como eu te falei, eu sinto esse tempo todo que eu trabalho na enfermagem, eu considero aqui o melhor trabalho. (EG2)

Eu acho que esse negócio, ponto de referência é um ponto de apoio para a equipe toda. É quem todo mundo procura quando precisa de qualquer coisa aqui dentro, sabe que ali com certeza, que vai deslanchar a partir dali, sabe, eu acho que isso [risos]. (EG1)

Uma importante menção à questão da identidade se faz do ponto de vista do reconhecimento da enfermeira-gerente como referência para o serviço, a mesma se percebe e é percebida como um ponto de apoio ou espelho para a equipe. Esta identidade social se vê reforçada na fala dos sujeitos periféricos, os quais também assumem a enfermeira-gerente como uma referência que implicará em impactos diretos no serviço, para o qual a equipe é a projeção ou a imagem refletida daquele que a coordena.

O trabalho gerencial desse povo [enfermagem] é muito importante porque o técnico ele se vê no enfermeiro, a gente vê isso claramente aqui, que o enfermeiro é capaz, que o enfermeiro tem postura, o enfermeiro é bom tecnicamente. O técnico, ele oscila de acordo com as coordenações de enfermagem, tanto em postura ética, como em postura técnica, como em postura em relação aos médicos, em postura relação aos hospitais, em relação a valorizar treinamento, em valorizar instituição. Então o valor do coordenador vai muito além de questões administrativas de escalas, de isso e aquilo e outra, vai muito da questão de espelho de carreira. (SH2)

A enfermeira gerente, ela além do controle de medicamentos, o controle material, tudo aquilo que é envolvido com a parte de enfermagem, cabe a ela o gerenciamento, a liderança da equipe de enfermagem, e não é um trabalho fácil. É um trabalho difícil porque, muitas vezes, o enfermeiro do SAMU fica na base e a equipe esta lá prestando atendimento, então o trabalho gerencial de uma forma de liderança, por exemplo, é um pouco complicado, uma vez que você não tem a equipe perto de você, e você tem que gerenciar algo que esta distante. (SH3)

O fato de ser enfermeira, por si só, implica ser referência para um determinado grupo. Contudo, ocupar cargos de gerência pode desencadear uma série de sentimentos nos membros pertencentes a este grupo, que vão desde a aprovação e apoio manifesto ao gerente quanto de oposição à sua figura ou ao seu modo de trabalho. De acordo com Brito (2004), o fato de ter domínio das questões assistenciais propicia às enfermeiras melhor desempenho na gerência. Assim, a enfermeira possui conhecimento sobre a complexidade do atendimento e, por conseguinte, de seu gerenciamento.

O contexto atual, segundo Spagnol (2005) mostra a necessidade de se criar espaços coletivos e democráticos nas organizações que permitam aos gerentes e trabalhadores analisar suas relações de trabalho, explicitando e conduzindo os conflitos, tendo em vista a produção de sujeitos em espaços coletivos organizados. Assim, o enfermeiro necessita compreender as relações e as demandas do seu grupo de trabalho para juntos elaborarem, de forma compartilhada, projetos terapêuticos que atendam às necessidades da população que procuram os serviços de saúde.

5.4 A identidade da Enfermeira-gerente: estágios identitários vivenciados

Os caminhos percorridos até aqui pelos dois eixos tratados nos tópicos anteriores, referentes tanto à construção do SAMU como espaço de trabalho quanto da identidade das enfermeiras-gerente, confluem para o entendimento dos estágios identitários em que as enfermeiras-gerente se encontram, mesmo entendendo se tratar de um campo ainda incipiente, novo e em processo de maturação, mas no qual a construção da identidade tem se dado paulatinamente, no dia-a-dia do fazer gerência de enfermagem no SAMU, um cenário extremamente particular e ímpar de produção de saúde, que embora possua atores pré-determinados, alguns de seus papéis estão ainda em definição e não são aqueles referidos à assistência, porque estes revelam-se bem concebidos pela própria história de construção social das profissões, porém livres de engessamento.

De um modo geral, a definição do cargo de enfermeira-gerente pode se dar por meio de indicação político-administrativa, seja ela pelos níveis hierárquicos superiores aos da enfermeira-gerente, seja por parte da própria equipe de enfermagem ou por meio de processos seletivos. No entanto, cabe à enfermeira, refletir sobre os aspectos positivos ou negativos deste cargo, bem como sobre os impactos diretos em sua carreira profissional ou vida pessoal.

Neste estudo, observou-se que, nos cenários I e III, nos quais as enfermeiras-gerente estão no cargo de gerência desde a estruturação do serviço, suas nomeações ocorreram por meio de indicações políticas, partindo de sua trajetória profissional ou da sua história de vida, seguidos de um convite formal que foi prontamente aceito. Em ambos, os convites vieram ao encontro de um anseio das enfermeiras de fazer parte do serviço e de superar os limites até então experimentados, abraçando a causa gerencial do mesmo e, embora houvesse a possibilidade de recusa, não se configurava, naquele momento, como algo a ser pensado.

Na verdade, foi uma questão mais de desafiante sabe, nunca, igual falei para você, nunca tive experiência anterior de gerência. (EG1)

Para EG2, a gerência aparece como uma imposição, uma necessidade frente ao momento político pelo qual o cenário se encontrava,urgia que esta posição fosse aceita como forma também de proteção aos demais colegas de trabalho, devido a certa estabilidade profissional que esta possuía perante aos demais membros da equipe.

Quando ficou em aberto a vaga para coordenação, e de todos os enfermeiros que estavam aqui, é, ninguém queria assumir. As pessoas direcionaram a mim, de que o pessoal estava temeroso em relação à coordenação, todos os coordenadores do SAMU até então que passaram pela coordenação, de alguma forma saíram sem querer sair, por diversos motivos. (EG2)

Assim, no campo da gerência no SAMU, a dicotomia também se instala entre o fazer e o gerir, como se a realização de um podasse a ocorrência do outro, ou o colocasse em uma condição de inferioridade ou de menor importância, como que auto-excludentes, em que gerenciar e assistir não possam coexistir harmonicamente. O que emerge no discurso de EG2 sob a forma de negação da gerência, à qual é atribuída um peso ou carga que não termina junto com a jornada de trabalho formal, como se esta atividade só fosse possível àqueles indivíduos predeterminados para tal e, entendida como uma habilidade inata, que não possa ser desenvolvida e incorporada à sua identidade já construída, embora, por outro lado, consiga reconhecer que não há como se desvencilhar dessa gerência, principalmente da gerência de pessoas.

Como eu te falei, que é eu estou ocupando este cargo hoje porque na visão do grupo, da coordenação geral e dos outros enfermeiros, é eu seria a pessoa que pelo tempo de já esta aqui no SAMU, e pela disponibilidade que eu tenho, eu seria a pessoa que não tenho problema com horário eu seria a pessoa com mais disponibilidade, então não é, eu não estou ocupando o cargo, não é porque eu almejei, porque eu queria, né. No fundo é uma sensação como eu diria, falar nossa, é horrível, ah não, é péssimo, não, não é, mas eu sempre falava, administração, coordenação não é a minha praia. Eu acho que tem pessoas que nascem com perfil, tem o perfil. Tudo que ela vai fazer está direcionado para aquilo, né, e eu não me vejo dessa forma. Mas aí, é ruim? Não, não é. Avaliando por um outro lado, eu não queria, porque eu queria chegar à minha casa e dormir, eu queria ir tranquila eu queria ir embora e ir embora mesmo, mas quando você ocupa um cargo assim, você vai embora e não vai, isso é quando você vai mesmo, você vai uma hora, mas você não vai uma hora, é você vai para casa e parte do serviço vai com você. (EG2)

O estudo desenvolvido por Brito (1998), com enfermeiras-gerente de um hospital de Belo Horizonte, revelou a percepção de dois aspectos da função gerencial, tendo esta sido considerada positiva, gratificante e geradora de possibilidades futuras, caracterizando-se como forma de reconhecimento e valorização e como oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Tal percepção emerge também do discurso de EG2, que, mesmo reforçando sua não-identificação com a função gerencial, aponta para a construção dos laços profissionais e psicológicos.

Então eu não queria, porque eu gosto de estar na ambulância, eu gosto de ação, eu gosto não que aqui não tenha ação, não, eu gosto da assistência, eu prefiro a assistência. Olhando por um lado positivo é bom? É. Por quê? É uma experiência a mais que eu tive, que eu estou tendo, a gente tem outras oportunidades, são outras oportunidades, melhora, o meu currículo, outra oportunidade de, eu participei de dois congressos muito interessantes, e a gente cresce de uma outra forma, você passa por uma outra visão do serviço. (EG2)

O discurso de EG1 e EG3, por outro lado, revelam grande inclinação à fase de elaboração, permeada pelo contato com o novo em processos de rupturas rumo à adaptação e assimilação de novos esquemas àqueles pré-estabelecidos, conforme descrito por Brito (2004) e Brito, Gazzinelli e Melo (2006).

Eu acho assim, gosto muito, muito mesmo do que eu faço, mas infelizmente tem certas coisas que são ossos do ofício. Se você perguntar pra maioria dos meninos, dos enfermeiros que estão aqui, se eu virar e falar olha gente, amanhã eu não estou querendo mais estar aqui, quem é que vai querer assumir o meu lugar. Ninguém vai querer, porque tem o ossinho que ta ali atravessado na garganta do gerente. É muito bom, eu acho que é um reconhecimento muito grande, porque se o serviço anda bem, anda bem porque existe uma parte burocrática ali atrás dele que está ok. O que aparece é a assistência mesmo, mas atrás da assistência tem a parte ruim que alguém tem sempre que ta desenrolando, senão o trem não funciona, né? (EG1)

De um modo geral, ultrapassada a fase da equilibração, espera-se que as idéias mudem e se desloquem, pois a experiência com o saber implica formulações e alterações no saber sobre si próprio, sobre o outro, sobre o mundo social e o mundo profissional. Observa-se que as informações são reelaboradas pelos indivíduos, assumindo novos sentidos. Em última instância, verifica-se que os indivíduos conseguem pensar o que ainda não haviam pensado, atribuindo novos significados às representações elaboradas sobre si e sobre a sua realidade. Compreender como se dá o processo de conhecer e sua relação com a construção da identidade é fundamental para a formulação de processos educacionais que promovam espaços reflexivos às enfermeiras-gerente para o reconhecimento das diferentes dimensões do exercício da gerência que permita o processo de renovação e criação da identidade no contexto das relações de trabalho. É por meio da ação e refletindo sobre ela que as enfermeiras-gerente podem ultrapassar os diferentes estágios identitários chegando a um equilíbrio que, sabe-se instável.

Porém, no que se refere aos papéis da Enfermeira como gestora no SAMU, ainda persistem dificuldades em se estabelecer quais sejam suas ações específicas, daí talvez a clareza dos estágios de crise e transição e a não-identificação do estágio de equilíbrio, que

ainda se apresenta como o “pote de ouro no fim do arco-íris”, porém, este pote não é nem inalcançável e tampouco inatingível.

*Considerações
Finais*

*Não basta somente ler
É preciso ponderar
Que a lição não faz saber
Quem faz saber é o pensar.*

Bárbara Eliodora

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram a aproximação com a realidade vivenciada pelas enfermeiras em cargos gerenciais no contexto do SAMU-192, a despeito da impossibilidade de generalização, por se tratar de uma realidade que assume características do contexto sócio-político-cultural no qual estão inseridos.

O pressuposto tomado inicialmente era de que o SAMU se configurava como um espaço incipiente às práticas gerenciais, dado seu pouco tempo de existência como estratégia política de atenção à saúde. Nesta perspectiva, foi delineado um percurso que viabilizasse a identificação das práticas gerenciais das enfermeiras nos cenários escolhidos para desenvolvimento da pesquisa.

As unidades de SAMU estudadas foram implantadas entre julho de 2004 e janeiro de 2005. No entanto, todas foram discutidas e planejadas no ano de 2004. As equipes de enfermagem são compostas, em média, por 06 enfermeiros e 27 técnico de enfermagem; sendo que mais de 70% das equipes são compostas por mulheres, reforçando a construção histórica e social da enfermagem como uma profissão feminina.

No que se refere às características que definem o perfil das enfermeiras-gerente, as mesmas têm, em média, 35,5 anos de idade e 11 anos de formação. Todas se graduaram em escolas públicas e realizaram um ou mais cursos de pós-graduação, porém, sempre voltados para a área da assistência. Não obstante ocupem cargos de gerência, não realizaram nem manifestaram interesse pela formação complementar na área gerencial. A capacitação para a assistência em UER é referida por todos os sujeitos como uma demanda do serviço, fato que reitera o reconhecimento dos mesmos quanto às falhas na formação curricular para este tipo de serviço.

No que se refere às esferas de coordenação, os serviços sempre contam com pelo menos um membro no serviço desde a sua implantação, o que contribui para a continuidade das ações gerenciais, bem como, para o direcionamento do processo de construção e desenvolvimento do SAMU como estratégia de atenção à saúde.

Todas as enfermeiras-gerente pertencem ao serviço desde a sua implantação e se encontram na gerência há pelo menos um ano. Contudo, não desempenham apenas ações gerenciais. As atividades assistenciais aparecem no discurso como o momento de recompensa

ou realização como enfermeiras, sendo, este é o momento em que “fazem jus à sua formação”.

Foi possível identificar a existência de subsídios financeiros e de capacitação como fomento e diferencial para a atividade gerencial. A média de salários se encontra na faixa de R\$ 3.400,00, para uma jornada semanal de 40 horas. Contudo, esta é referida como jornada formal, uma vez que dedicam tempo superior ao estipulado no cumprimento de suas atividades de rotina.

Saindo do campo do perfil e seguindo outra vertente, o discurso dos sujeitos permitiu inferir que o fato do SAMU se alicerçar nos princípios do SUS lhe confere maior visibilidade intra e extraorganizacional, como também o destaca frente às demais políticas de atenção à saúde vigentes. Foram identificados os princípios da universalidade, resolutividade, integralidade, acessibilidade bem como o pensamento preventivo, validando o SAMU como estratégia de ação que opera no nível primário de atenção. Nesta perspectiva, seus resultados podem ser revertidos para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Quanto às condições que permeiam ou favorecem as práticas gerenciais, alguns aspectos aparecem destacados no discurso dos sujeitos, a despeito do desafio da nova função (gerencial), da autonomia que o cargo confere, de suas práticas cotidianas e sua posição como mediadora da equipe nas interfaces das relações supra e infra-hierárquicas.

Entre os fatores elencados como motivadores ao cargo gerencial, o desafio e a possibilidade de superação das experiências ou limites vivenciados anteriormente aparecem em destaque, quer como expectativa de responder positivamente à indicação política do município ou à política interna do serviço, quer das próprias expectativas.

No entanto, a permanência nestes cargos se dá mediante a criação e manutenção de vínculos ou laços com o serviço ou com seu modo de construção, que em todos os casos se deu pela coletividade e reconhecimento dos sujeitos em seus distintos papéis ou posições para que se atingisse o status atual. A desvinculação do cargo de gerência é referida como possível somente mediante o surgimento de um desafio maior do que aquele que tem sido vivido ou a limitações impostas pela família.

A autonomia surge reforçada nas ações a serem desenvolvidas pelas enfermeiras-gerente, contudo, têm na política municipal suas maiores amarras ou entraves. Entre as atividades arroladas, destacam-se a gestão de recursos materiais, medicamentos e equipamentos; educação continuada da equipe; montagem, conferência e reestruturação das ambulâncias; elaboração de escalas de trabalho, cobertura de plantões e férias.

Como fatores facilitadores da ação gerencial são ressaltados a flexibilidade, o envolvimento com a equipe a partir de uma relação democrática, em que a enfermeira-gerente consegue transitar com fluência entre os níveis hierárquicos intrainstitucionais; a capacidade de liderança; a existência de funções pré-estabelecidas e o reconhecimento da importância e do papel da enfermeira-gerente. Entre os fatores dificultadores, três aparecem em destaque, a saber: o perfil do enfermeiro; a formação curricular (aspectos assistenciais em UER) e os aspectos operacionais.

No que se refere aos laços de identificação das enfermeiras-gerente com o SAMU, percebeu-se que os laços ideológicos que aproximam as enfermeiras-gerente com o serviço são referidos sob a forma de uma identificação com a então proposta política do SAMU, mais que isso, se vê a validação e o reconhecimento do serviço internamente, pela equipe que compõe as diversas unidades do SAMU-192 e externamente, tanto pelos serviços que se configuram como referência para o SAMU e que trabalham de modo articulado com os mesmos e, como para aqueles para quem se faz o serviço e para os quais as ações não são somente vistas como muitas vezes experimentadas: a população. Os laços de identificação afetivos e psicológicos são ressaltados tanto pelas enfermeiras-gerente quanto pelos sujeitos periféricos, destacando-se, principalmente, as questões voltadas para o reconhecimento de papéis e dos vínculos criados entre o grupo. Já os laços materiais ou econômicos são referidos sob a forma de subsídios financeiros, mas que não se destacam sobremaneira como o incentivo determinante à função gerencial. Quanto aos laços profissionais, estes são percebidos sob a forma de reconhecimento e possibilidade de crescimento profissional com incrementos curriculares.

Com relação ao modo de trabalho das enfermeiras-gerente, a autonomia aparece na fala dos sujeitos como algo relativo. Quando esta se refere à tomada de decisões dentro do serviço, ela é clara e indiscutível, porém, quando traduzida às questões de contratação e desvinculação de recursos humanos, esta aparece relativizada, devendo necessariamente obedecer a indicações políticas, que algumas vezes não atendem à demanda do serviço, por um déficit no perfil dos profissionais que são indicados, gerando conflitos que poderiam ser evitáveis se todo o processo de seleção ficasse à submissão e aprovação dos gerentes do serviço.

Em síntese, pode-se dizer que as singularidades do trabalho gerencial da enfermeira no SAMU são: o modo horizontal de gerenciar que confere maior dinamismo à tomada de decisões bem como à resolutividade do serviço, em oposição aos modelos verticalizados observados no espaço hospitalar; o caráter familiar das relações interpessoais,

favorecidos pelo grande tempo de convívio entre a equipe dentro do espaço formal do serviço (bases); a incorporação e efetiva aplicação dos princípios do SUS. Estas características apontam para o delineamento de ações gerenciais que endossam a adoção da abordagem praxeológica, proposta por Reed (1997) em que se percebe a incorporação da ação gerencial, à dinâmica organizacional e ao contexto macroestrutural.

À guisa de palavras finais, as explicações apresentadas neste estudo permitiram inferir algumas das características que conferem um caráter singular às enfermeiras gerente no contexto do SAMU, não obstante não sejam passíveis de generalização, sendo pertinente a realização de novos estudos em locais diferentes para complementar as bases aqui construídas, haja vista as particularidades de cada região, especialmente, quanto aos fatores culturais, político e estruturais e a possibilidade de construção individual e social intermediada pelo trabalho. Desta forma, poderão ser utilizados como norteadores a estudos posteriores, que se proponham a aprofundar nas particularidades deste grupo, tecendo uma abordagem comparativa entre aquelas unidades em funcionamento desde a implantação do serviço e aquelas implantadas recentemente, as quais já podem se valer das experiências das primeiras unidades como forma de otimizar sua efetivação.



Referências

*Quantas vezes a gente, em busca da ventura,
Procede tal e qual o avozinho infeliz:
Em vão, por toda parte, os óculos procura
Tendo-os na ponta do nariz!*

Mário Quintana

REFERÊNCIAS

- ALVES, M.; BRITO, M.J.M. *Gerentes dos serviços públicos de saúde: um estudo descritivo do estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2001.
- ALVES, M.; GODOY, S.C.B.; BRITO, M.J.M.. Relações de Sofrimento e Prazer no trabalho: ambigüidades no espaço organizacional. In: HELAL, D.H. (coord.). *Gestão de pessoas e competências: teoria e pesquisa*. Curitiba: Juruá Editora, 2008. pp. 61-80.
- ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- AVELLO, I.M.S.; GRAU, C.F. *Enfermagem Fundamentos do Processo de Cuidar*. São Paulo: Ed. DCL. 4º Ed. 2005.751p.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 1977.
- BELLATO, R.; PEREIRA, W.R. Enfermagem: da cultura da subalternidade à cultura da solidariedade. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006; 15(1): 17-25.
- BERSUSA, A.S. RICCIO, G.M.G. Trabalho em equipe: Instrumento básico de enfermagem. In: TAMARA IWANOW CIANCIARULLO. *Um desafio para a qualidade da assistência*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2006. p 75-97.
- BETTS, J.A. *Labirintos do êxito do feminino*. In: In: JERUSALINSKY, A, et al. *O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000. pp. 99-110.
- BORGES, R.R. MORAIS, S. *Perfil dos afastamentos entre profissionais de enfermagem – o caso Maternidade Climério de Oliveira, 2007* 1º Encontro Nordeste de Higiene Ocupacional, Bahia, jun. 2007.
- BOTELHO, J.M. Dados atualizados sobre a remuneração do executivo brasileiro. *Jornal Carreira & Sucesso*. 33 ed. Jun. 2000.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).
- _____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. 3 ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).
- _____. _____. *Portaria nº. 1828 de 2 de setembro de 2004*. Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. Poder Legislativo, Brasília, DF, 2004a.

_____. _____. *Portaria n° 1863 de 29 de setembro de 2003*. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Poder Legislativo, Brasília, DF, 2003a.

_____. _____. *Portaria n° 1864 de 29 de setembro de 2003*. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Poder Legislativo, Brasília, DF, 2003b.

_____. _____. *Portaria n° 2048 de 05 de novembro de 2002*. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Poder Legislativo, Brasília, DF, 2002.

_____. _____. *Portaria n° 2.072 de 30 de outubro de 2003*. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Poder Legislativo, Brasília, DF, 2003c.

_____. _____. *Portaria n° 2.420 de 9 de novembro de 2004*. Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita. Poder Legislativo, Brasília, DF, 2004b.

_____. _____. *Portaria n° 2.657 de 16 de dezembro de 2004*. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. Poder Legislativo, Brasília, DF, 2004c.

_____. _____. *Serviço Móvel de Atendimento de Urgência*, 2007.

_____. _____. *Serviço Móvel de Atendimento de Urgência*, 2009.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

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

_____. *O enfermeiro na função gerencial: desafios e perspectivas na sociedade contemporânea*, 1998. 176f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 1998.

_____. *et al.* Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 45-57, 2008.

BRITO, M.J.M; GAZZINELLI, M.F.C; MELO, M.C.O.L. Os estágios identitários da enfermeira-gerente: uma abordagem piagetiana. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):212-21.

BRITO, M.J.M; MELO, M.C.O.L. A identificação de enfermeiras-gerente com a organização em que trabalham: o caso de um hospital filantrópico de Belo Horizonte. *Rev. Min. Enf.*, 5(1/2):44-51, jan./dez., 2001.

CARVALHO, B.G.; PETRIS, A.J.; TURINI, B. *Controle Social em Saúde*. Londrina, Editora da Universidade Estadual de Londrina, 2001.

- CATTANI, A.D. *Trabalho e Autonomia*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 195p.
- CIAMPA, A. da C. Identidade. In: LANE, S.T.M.; CODO, W. (orgs). *Psicologia Social: o homem em movimento*. 13 ed. (3ª reimpressão). São Paulo: Brasiliense, 2001, p.58-75.
- CHAHAD, J.P.Z. Emprego flexível e mercado de trabalho no Brasil. In: FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. *Trabalho flexível e modalidades especiais de contrato de trabalho: Evidências empíricas no caso brasileiro*. São Paulo: [s.n.], FIPE, 2002.
- DAVEL, E.; MELO, M.C.O.L. *Gerência em Ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial*. 1 ed. Rio de Janeiro: FGV editora, 2005. 340p.
- DATASUS. Departamento de Informática do SUS. *Estimativas populacionais*, 2006.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*. São Paulo: Editora Cortez, 1998, 5ª edição.
- DEL CURA, M.L.A.; RODRIGUES, A.R.F. Satisfação profissional do enfermeiro. *Rev.latino am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 21-28, out. 1999
- DEMO, P. *Avaliação Qualitativa*. Ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2005. Coleção Polêmicas do Nosso Tempo.109p.
- DONAHUE, M. P. *Historia de la enfermeria*. Barcelona: Doyma, 1985. 506 p.
- DUBAR, C. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Tradução de Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 343p. Título original: La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles.
- FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário da língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2 ed., 1986. 1838p.
- FREITAS, G.F.; FUGULIN, F.M.T.; FERNANDES, M.F.P. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 3, 2006
- GADOTTI, M. *Identidade cultural e itinerário educativo*. Notas sobre educação popular. I JOURNEE RENCONTRE AVEC PAULO FREIRE. Paris, La Vilette, 12 décembre 1991. Instituto Paulo Freire. Universidade de São Paulo.
- GASPAR, R.M.; MELO, M.C.O.L. O espaço da organização na relação gerente e empresa: um processo além da identificação. In: *Anais do XX Encontro Anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração*, 20, Angra dos Reis, 1995. Angra dos Reis: ANPAD, 1995.
- GHADIRI, D.P.; DAVAL, E. Do sólido ao fluido: contradição organizacional e paradoxo na reconstrução da identidade. *RAE eletrônica*, v.5, n.1, art.9, jan./jun.,2006.
- GEOVANINI, T. et al. *História da Enfermagem: versões e interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- GIL, A.C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

_____. *Como Elaborar Projeto de Pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GREGORIM, C.O.; MARTINELLI, C.P.S.; TERCIOTTI, S.H. *Michaelis Dicionário Escolar Português*. Editora Melhoramentos, 2001. 870p.

GRINDI, L. *et al.* A Percepção dos Profissionais da Equipe de Enfermagem Sobre o Trabalho dos Enfermeiros. *Rev. Cogitare enferm.* Rio Grande do Sul, 2005.

HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Tradução de Tomás Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. In: HALL, D. H.; MCGREW, T. *Modernity and its futures politic*. 11nd. ed. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2006. 102 p. Título original: *The question of cultural identity*.

HAUSMANN, M. *Análise do processo gerencial do enfermeiro em um hospital privado no município de São Paulo: Possibilidades para o gerenciamento do cuidado*. Orientadora: Profª. Dra. Marina Peduzzi. 2006. 111f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2006.

HIRATA, H. Globalização, trabalho e gênero. In: JERUSALINSKY, A, *et al.* *O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000. pp. 21-34.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, v. 37, n.132, p. 595-609, set./dez. 2007.

IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e estatística*. 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em 12/11/2008.

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. *Salário Mínimo Nominal e Salário Mínimo Real em R\$ de 2004 a 2007*. 2008

ITO, E.E.; *et al.* *O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade*. 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/uplod/pdf/291.pdf>> . Acesso em: 10 Jun. 2007.

JACQUES, M. da G. Identidade. In: Jacques, M da G., *et al.* *Psicologia social contemporânea*. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001, p.159-167.

KEMMER, L.F.; SILVA, M.J.P. A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2007 março-abril; 15(2). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 27 set. 2007.

KLETEMBERG, D.F.; SIQUEIRA, M.T.A.D. *A criação do ensino de enfermagem no Brasil*. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

LEITE, V.B.E.; FARO, A.C.M. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.39, n.1, 2005.

LUNARDI, V.L. *História da enfermagem: rupturas e continuidades*. Pelotas: UFPEL, 1998.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, C. *et al.* Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 3, 2006.

MELO, C.M.M. As interfaces do poder no setor saúde e no trabalho de enfermagem: o jardim de caminhos que se bifurcam. In: *Anais do 47º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, 1995.

MELO, M.C.O.L, *et al.* Em busca de técnicas complementares em pesquisa qualitativa no campo da Administração. In: GARCIA, F.C.; HONÓRIO, L.C. (coord.). *Administração – Metodologia – Organização – Estratégia*. 2 ed. Curitiba: Juruá Editora, 2007. pp. 41-66.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S. (org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo, Lemos, 1997, cap. 7.

MERHY, E. E & QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abr./jun., 1993.

MINAYO, M.C.S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

NKOMO, S.M.; COX JR., T. Diversidade e identidade nas organizações. In: FACHIN, R.; FISCHER T. (Orgs. da edição brasileira). *Handbook de Estudos Organizacionais – Modelos de análise e novas questões em Estudos Organizacionais*. v.1. São Paulo: Atlas, 1999. p. 334-360.

OLIVEIRA, B.G.R.B. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006; 15(1): 60-67.

PAGÉS, M. *et al.* *O poder das organizações: a dominação das multinacionais sobre os indivíduos*. São Paulo: Atlas; 1987:234.

PAIXÃO, W. *A história da enfermagem*. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, [sd].

PENNA, C.M.M.; *et al.* O Trabalho do gerente no cotidiano dos serviços de saúde. *Rev. Min. Enf.* 8 (4):455-463, out./dez., 2004.

PIRES, M.R.G.M.; DEMO, P.. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. *Saúde e Soc.*, São Paulo, v. 15, n. 2, ago. 2006 .

PINTO, T.M. *Filosofia na enfermagem: algumas reflexões*. Pelotas: UFPEL, 1998.

REED, M. *Sociologia da gestão*. 1. ed. Lisboa: Celts, 1997. p. 147.

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

RODRIGUES, R.M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6. nov./dez. 2001.

RODRIGUES, R.M.; ZANETTI, M.L. Teoria e prática assistencial na Enfermagem: o ensino e o mercado de trabalho. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 102-109, dezembro 2000.

RUIZ, J.A. *Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudos*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SANTOS, E.M. A construção de relações mais igualitárias na categoria bancária. *Anais do VII Seminário Fazendo Gênero. Gênero nas interseções: classe, etnia e gerações*. Universidade Federal do Paraná, 2006.

SILVA, N.F. *A prática da enfermagem na Bahia*. Ed. Gráfica Central. 1º Ed. 1989. 170 p.

SEADE. Sistema Estadual de Análise de Dados de São Paulo. Mulher e trabalho. *Relação família e trabalho na perspectiva de gênero: a inserção de chefes e cônjuges no mercado de trabalho*. São Paulo: SEADE, março de 2009.

SPAGNOL, C.A. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1):119-127, 2005

THOFEHRN, M.B.; LEOPARDI, M.T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006; 15(3): 409-17

TREMBLAY, D.G. Gerentes e a conciliação entre trabalho e família. In: DAVEL, E.; MELO, M.C.O.L. *Gerência em Ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial*. 1 ed. Rio de Janeiro: FGV editora, 2005. 340p.

TREVIZAN, M.A., MENDES, I.A.C., LOURENÇO, M.R. A gerência esclarecida no trabalho do enfermeiro. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10, (5), 704-708, 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas. 1987. 175p.

TURATO, E.R. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.

TURKIEWICZ, M. *História da enfermagem*. Curitiba: Etecla, 1995.

VICTOR, J.; DIAS, M.A.A. *A importância do líder na motivação de uma equipe de enfermagem*. 2003. Disponível em: <<http://www.sobragem.org.br/publi/publi1.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2007.

YIN, R. K. *Estudos de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Brookman, 2005. 212 p.

Apêndice

*A Enfermagem
é uma arte; e para realizá-la
como arte, requer uma devoção tão
exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a
obra de qualquer pintor ou escultor; pois o
que é tratar da tela morta ou do frio
mármore comparado ao tratar do corpo vivo,
o templo do espírito de Deus? É uma das
artes; poder-se-ia dizer, a mais
bela das artes!*

Florence Nightingale

- APÊNDICE A -
Questionário de identificação aplicado às enfermeiras-gerente

Local de realização da entrevista:							
Data:		Horário de início		Horário de término			
Nome da entrevistada					N.º da entrevista		
Idade		Estado Civil	<input type="checkbox"/> casada	<input type="checkbox"/> solteira	<input type="checkbox"/> separada	<input type="checkbox"/> viúva	
N.º filhos		Idade dos filhos					
Instituição na qual se graduou							
Tempo formação (em anos)		Qualificação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Especial. <input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado		
Remuneração na função gerencial (em R\$)		Específica na área gerencial	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especificar:			
Jornada de trabalho diária		Formal		Informal		Flexibilidade de horário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tempo de serviço	SAMU			COORDENADOR			
Incentivo institucional para exercício do cargo de gerente			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual?			
Número de empregos		Jornada de trabalho na (s) outra (s) instituições					
Cargos ocupados em outras instituições:							

Questionário de identificação aplicado aos sujeitos periféricos

Local de realização da entrevista:							
Data:		Horário de início		Horário de término			
Nome da entrevistado (a)			N.º da entrevista				
Formação Básica		<input type="checkbox"/> Médio	<input type="checkbox"/> Graduação	<input type="checkbox"/> Especialização			
Tempo formação (em anos)		Específica na área gerencial	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especificar:			
Jornada de trabalho diária		Formal	Informal	Flexibilidade de horário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Tempo de serviço	SAMU		COORDENADOR				
Número de empregos		Jornada de trabalho na(s) outra(s) instituição (ões)					
Cargos ocupados em outras instituições:							

– APÊNDICE B –

Roteiro de entrevista aplicado às enfermeiras-gerente

1. Você poderia se apresentar para mim?
2. Fale sobre o SAMU.
3. Descreva sua carreira/trajetória profissional dentro e fora da organização.
4. Seus conhecimentos prévios e experiências de vida contribuem para o exercício da função gerencial? De que forma?
5. Quais são as pessoas que estão sob sua subordinação?
6. Quais são as pessoas que estão hierarquicamente superiores a você?
7. Para você, o que significa ser coordenador de enfermagem do SAMU?
8. Como você se sente no exercício da função gerencial?
9. Fale sobre o seu cotidiano de trabalho como gerente/ coordenador de equipe.
10. Quais são os principais aspectos positivos e negativos do trabalho gerencial?
11. O que mudou para você depois que assumiu o cargo de gerente?
12. Fale sobre suas relações com o pessoal do serviço no seu cotidiano de trabalho.
13. O que a levou a ser gerente? O que a faz continuar? O que a faria deixar a função gerencial?
14. Como ocorreu o processo de seleção para você assumir o cargo gerencial? Quais foram os pré-requisitos exigidos para você assumir o cargo de gerente?
15. Como você é reconhecida pelo seu trabalho dentro e fora do SAMU?
16. Você tem autonomia no exercício da função gerencial? Exemplifique.
17. Fale sobre “ser mulher/enfermeira/gerente”.
18. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Roteiro de entrevista aplicado aos sujeitos periféricos

1. Fale sobre o SAMU
2. Fale sobre o trabalho gerencial da enfermeira no SAMU?
3. Você acredita que a formação em Enfermagem influencia a atuação da gerente? De que forma?
4. Do seu ponto de vista quais são as principais facilidades e dificuldades que a enfermeira enfrenta no exercício da função gerencial? A que você atribui essas dificuldades e facilidades?
5. Fale sobre o relacionamento da enfermeira-gerente com a equipe.
6. Você acha que o fato de ser mulher oferece alguma vantagem ou desvantagem na atuação profissional da enfermeira-gerente? Quais?
7. O coordenador de enfermagem exerce suas atividades com autonomia? Exemplifique:
8. Quais são as principais contribuições que a enfermeira, no exercício da função gerencial, tem dado ao SAMU?
9. Há algo mais que você gostaria de acrescentar?



Anexos

*Ao iniciarmos uma caminhada,
muitas vezes, de destino incerto, a estrada nos
leva. No entanto, mais do que o caminho, o
bom ânimo de seguirmos nesta jornada é o
que nos conduz.*

Marta Goes

**-ANEXO A-
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

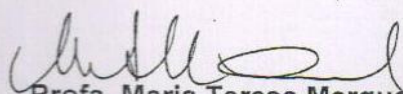
Parecer nº. ETIC 517/08

**Interessado(a): Profa. Maria José Menezes Brito
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 09 de dezembro de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "A configuração identitária da enfermeira gerente no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Mins Gerais" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

– ANEXO B –
Solicitação de Autorização para Pesquisa

Belo Horizonte, 21 de julho de 2009.

De: Elisângela Guimarães Soares
Para: Secretária Municipal de Saúde de [nome do município]
Assunto: Solicitação para realização de pesquisa

Prezado (a) Senhor (a),

A presente missiva tem por objetivo apresentar à V. S. a pesquisa intitulada: “Configuração identitária da enfermeira gerente no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Minas Gerais” desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG, como parte integrante das exigências para aquisição do grau de Mestre em Enfermagem de autoria da mestranda Elisângela Guimarães Soares, sob a coordenação da Prof. Dra. Maria José de Menezes Brito.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a configuração identitária da enfermeira-gerente do SAMU 192. A justificativa deste estudo parte do pressuposto de que, sendo a identidade um fenômeno cultural, permeada por uma série de manifestações que tanto podem lhe conferir especificidade, quanto misturá-la ao senso comum, buscar conhecê-la, é algo que, por ora, só é possível a partir do conhecimento do discurso daqueles que estão envolvidos neste meio, o que, por sua vez, só o qualitativo é capaz de permitir aproximação e densidade. Some-se a estes fatores o ineditismo do estudo no campo da atenção pré-hospitalar, o qual se configura como novo e pouco explorado.

Os atores informantes serão as enfermeiras que ocupam cargos de gerência, como sujeitos nucleares e subordinados e superiores (médicos e demais membros da equipe de enfermagem), como sujeitos secundários; Utilizar-se-á como instrumentos de coleta de dados a entrevista individual com roteiro semi-estruturado.

A pesquisa atenderá a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando às participantes que as informações obtidas serão tratadas anônima e sigilosamente, e servirão apenas para fins técnico-científicos. Os dados referentes aos voluntários da pesquisa serão apresentados de maneira anônima; somente o nome da vossa instituição poderá constar no relato do trabalho caso seja autorizado no espaço abaixo, assinalando a opção desejada:

- Autorizo que o nome da instituição seja mencionado no relato da pesquisa
 Prefiro participar da pesquisa mantendo o nome da instituição em sigilo

Certos de contar com a atenção de V. Sa., colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Telefones de contato: Elisângela Guimarães Soares

Telefone: (31) 8739-3562

Profa. Maria José Menezes Brito

Tel. (31) 3208 9833

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos nº. 6627, CEP 31270-901, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Belo Horizonte – MG. COEP UFMG (31) 3409 4592

Autorizado por:

Data ____/____/____

Secretaria Municipal de Saúde de _____

– ANEXO C –
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa intitulada: “Configuração identitária da enfermeira gerente no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Minas Gerais” desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG, como parte integrante das exigências para aquisição do grau de Mestre em Enfermagem de autoria da mestranda Elisângela Guimarães Soares, sob a coordenação da Prof. Dra. Maria José de Menezes Brito.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, orientada pela metodologia do Estudo de Caso, que tem como objetivo conhecer a configuração identitária da enfermeira-gerente do SAMU 192

A justificativa deste estudo parte do pressuposto de que, sendo a identidade um fenômeno cultural, permeada por uma série de manifestações que tanto podem lhe conferir especificidade, quanto misturá-la ao senso comum, buscar conhecê-la, é algo que, por ora, só é possível a partir do conhecimento do discurso daqueles que estão envolvidos neste meio, o que, por sua vez, só o qualitativo é capaz de permitir aproximação e densidade. Some-se a estes fatores o ineditismo do estudo no campo da atenção pré-hospitalar, o qual configura-se como novo e pouco explorado.

Sua participação consiste em responder algumas perguntas constantes de uma ficha de identificação e do roteiro de entrevista que será gravada e sua identificação mantida sob sigilo. O local, data e horário da entrevista serão previamente agendados, de acordo com a sua disponibilidade, ocasião em que esclarecerei os objetivos e finalidades do estudo. Seu nome não será divulgado e os resultados serão utilizados somente para fins científicos. Você poderá deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao trabalho, bem como solicitar informações adicionais. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da UFMG, tendo sido aprovado. O uso dos dados e informações é restrito para a pesquisa e a divulgação dos seus resultados será feita por meio de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato.

Eu, _____ CI _____, declaro ter sido esclarecido sobre a finalidade da pesquisa e concordo em conceder a entrevista solicitada sabendo que meu nome não será divulgado e os resultados serão utilizados para a dissertação de mestrado e divulgados em artigos posteriormente e meu nome será mantido em sigilo.

Assinatura pesquisador

Assinatura entrevistado

Telefones de contato:

Elisângela Guimarães Soares

Telefone: (31) 8739-3562

Prof. Maria José Menezes Brito

Tel. (31) 3409 9833

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos nº. 6627, CEP 31270-901, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Belo Horizonte – MG.

COEP UFMG (31) 3409 4592

